

## **KARYA TULIS ILMIAH**

### **“ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH KOMPREHENSIF PADA PASIEN TN.E.K DENGAN ANEMIA DI RUANG KOMODO RSUD PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG”**

Karya Tulis Ilmiah Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk  
Menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan Pada Program  
Studi D-III Keperawatan  
Politeknik Kesehatan KemenkesKupang



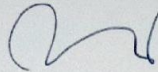
**VENDI LEONARDY SIKI**  
**NIM: PO.530320116329**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN  
2019**

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**Laporan Karya Tulis Ilmiah oleh Vendi Leonardy Siki, NIM :  
PO.530320116329 dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL  
BEDAH KOMPREHENSIF PADA PASIEN TN. E. K DENGAN ANEMIA  
DI RUANG KOMODO RSUD PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG'  
telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.**

**Pembimbing**



**Ns. Emilia Erningwati Akoit, S.Kep, M.Kep  
NIP. 198106302005012001**

**LEMBAR PENGESAHAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**"ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH KOMPREHENSIF  
PADA PASIEN TN. E. K. DENGAN ANEMIA DI RUANG KOMODO  
RSUD PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG "**

**Di susun Oleh :**

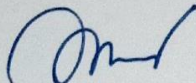


**VENDI LEONARDY SIKI**  
**NIM: PO.530320116329**

**Telah Diuji Pada Tanggal, 12 Juni 2019**

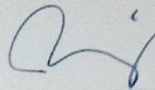
**Dewan Penguji**

**Penguji I**



**Maria A. Making S.Kep, Ns, M.Kep**  
**NUPN : 0814088802**

**Penguji II**



**Ns. Emilia. E. Akoit, S.Kep, M.Kep**  
**NIP. 198106302005012001**

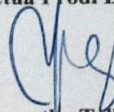
**Mengesahkan**



**Ketua Jurusan Keperawatan**  
**Dr. Florentianus Tat, SKp, M.Kes**  
**NIP. 196911281993031005**

**Mengetahui**

**Ketua Prodi D-III Keperawatan**



**Margaretha Telli, S.Kep, Ns., MSc-PH**  
**NIP. 197707272000032002**



### **PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Vendi Leonardy Siki

Nim : PO.530320116329

Program Studi : D-III Keperawatan

Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa karya tulis ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

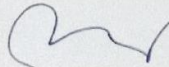
Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

**Kupang Juni 2019**  
**Pembuat Pernyataan**



**Vendi Leonardy Siki**  
**NIM PO.530320116329**

**Mengetahui**  
**Pembimbing**



**Ns. Emilia Erningwati Akoit, S.Kep, M.Kep**  
**NIP. 198106302005012001**

## **BIODATA PENULIS**

Nama Lengkap : Vendi Leonardi Siki

Tempat Tanggal Lahir : Kanino, 06 Februari 1997

Jenis Kelamin : Laki-laki

Alamat : Liliba

Riwayat Pendidikan :

1. Tamat SDN Kanino tahun 2010
2. Tamat SMPN 1 Kota Kupang Tahun 2013
3. Tamat SMAN 1 Kota Kupang Tahun 2016
4. Sejak Tahun 2016 Kuliah di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

## **MOTTO**

“Selesaikan apa yang telah dimulai.”

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadapan Tuhan Yang Maha Kuasa, karena kasih dan penyertaan-Nya penulis dapat menyelesaikan penyusunan karya tulis Ilmiah ini tepat pada waktunya.

Karya tulis ilmiah dengan judul **“Studi Kasus Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Komprehensif pada pasien Tn. E. K Dengan Anemia Di Ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang”** disusun untuk memenuhi syarat akademik dalam rangka menyelesaikan pendidikan Diploma III Keperawatan Kupang.

Sangat disadari bahwa dalam penulisan karya tulis ilmiah, penulis mendapatkan bantuan, arahan, serta informasi dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang tak terhingga kepada :

1. Ibu Ns. Emilia Erningwati Akoit, S.Kep, M.Kep selaku pembimbing yang dengan sabar dan bijaksana membantu dan menyumbangkan ide-idenya dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
2. Ibu Maria Agustina Making S.Kep, Ns, M.Kep selaku penguji I
3. Ibu Agustina Falentina S. Amina S.Kep, Ns. selaku penguji Klinik
4. Ibu R. H . Kristin, SKM.,M.Kes selaku direktur poltekkes kemenkes kupang.
5. Bapak Dr. Florentianus Tat, SKp, M.Kes selaku Ketua Jurusan keperawatan kupang.
6. Ibu Margaretha Teli, S.Kep, Ns, MSc-PH selaku ketua program studi diploma III Keperawatan.
7. Ibu Direktur RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang yang sudah memberikan izin kepada penulis untuk melakukan penelitian.
8. Ibu Margaretha Teli, S.Kep, Ns, MSc-PH selaku pembimbing akademik yang senantiasa memberi semangat dan motivasi kepada penulis selama 3 tahun menjadi mahasiswa di Poltekkes Kupang.

9. Seluruh dosen dan staf kepegawaian yang dengan caranya masing-masing telah membantu dalam menyelesaikan tugas akhir ini.
10. Bapak Hendrik Siki, Hawa Siki, yang selalu memberikan dukungan dan selalu mendoakan keberhasilan penulis.
11. Kaka Ornan Meriance Siki, Kaka Lodia Siki, Kaka Mar Siki, Kaka Yoel Siki, Kaka Agus Siki, Kaka Sepri Siki, Kaka Frit Siki, Kaka Arif Maimani, Kaka Finsen Feka, Aditia Feka, Irfan Feka, saudara dan saudari saya yang selalu memberikan dukungan kepada saya baik secara moril maupun materi.
12. Keluarga besar dan teman-teman seperjuangan AKP25 khususnya MES QUE UN CLASE yang selalu mendukung dan memberi semangat dalam bentuk apapun.
13. Sahabat tercinta, Maya, Helmy, Ati, Yheni, Anytha, Renol, Ramon, Musa, Leo, Simon, Rivaldi, Esar, Narto, Dewayan yang selalu memberi semangat motivasi, dan membantu dalam hal apapun.

Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini, penulis menyadari bahwa masih terdapat kekurangan. Oleh karena itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun demi penyempurnaan tulisan ini

Kupang, Juni 2019

Penulis

## DAFTAR ISI

|   |     |
|---|-----|
| Halaman                                       |     |
| Pernyataan Keaslian Tulisan .....             | i   |
| Lembar Persetujuan .....                      | ii  |
| Lembar Pengesahan .....                       | iii |
| Biodata Penulis .....                         | iv  |
| Kata Pengantar .....                          | v   |
| Abstrak .....                                 | vi  |
| Daftar isi.....                               | vii |
| <b>BAB 1 Pendahuluan</b>                      |     |
| 1.1. Latar Belakang .....                     | 1   |
| 1.2.Tujuan Studi Kasus .....                  | 2   |
| 1.3.Manfaat Studi Kasus .....                 | 3   |
| <b>BAB 2 Tinjauan Pustaka</b>                 |     |
| 2.1. Pengertian Anemia .....                  | 2   |
| 2.1.1. Etiologi .....                         | 5   |
| 2.1.2. Tanda dan Gejala.....                  | 5   |
| 2.1.3. Komplikasi .....                       | 10  |
| 2.1.4. Patofisiologi .....                    | 11  |
| 2.1.5. Pemeriksaan Diagnostik.....            | 11  |
| 2.1.6. Penatalaksanaan .....                  | 11  |
| 2.2. Proses Keperawatan .....                 | 12  |
| 2.2.1. Pengkajian Keperawatan.....            | 12  |
| 2.2.2. Diagnosis Keperawatan .....            | 14  |
| 2.2.3. Intervensi Keperawatan .....           | 14  |
| 2.2.4. Implementasi Keperawatan.....          | 18  |
| 2.2.5. Evaluasi Keperawatan .....             | 19  |
| <b>BAB 3 Hasil Studi Kasus Dan Pembahasan</b> |     |
| 3.2. Hasil Studi Kasus .....                  | 21  |
| 3.1.1. Pengkajian Keperawatan.....            | 21  |
| 3.1.1 Perumusan Diagnosa.....                 | 21  |
| 3.1.2. Diagnosa .....                         | 22  |
| 3.1.3. Intervensi Keperawatan .....           | 24  |
| 3.1.4 Evaluasi Keperawatan .....              | 25  |



|                                       |    |
|---------------------------------------|----|
| 3.2. Pembahasan .....                 | 27 |
| 3.2.1. Pengkajian .....               | 27 |
| 3.2.2. Diagnosa Keperawatan .....     | 28 |
| 3.2.3. Intervensi Keperawatan.....    | 29 |
| 3.2.4. Implementasi Keperawatan ..... | 29 |
| 3.2.5. Evaluasi Keperawatan .....     | 28 |
| 3.3. Keterbatasan Studi Kasus.....    | 31 |
| <b>BAB 4 Penutup</b>                  |    |
| 4.1. Kesimpulan .....                 | 32 |
| 4.2. Saran .....                      | 33 |
| Daftar Pustaka                        |    |
| Lampiran                              |    |

## **Abstrak Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Komprehensif Pada pasien Tn. E. K dengan Anemia.**

**Vendi Leonardy Siki**

Anemia merupakan suatu kondisi dimana terjadi penurunan kadar Hb. Anemia jika tidak ditangani secara tepat dapat mengakibatkan berbagai komplikasi, salah satu diantaranya adalah gagal jantung. Oleh karena itu sangat dibutuhkan penatalaksanaan yang komprehensif salah satunya, melalui pemberian asuhan keperawatan. Tujuan penulisan adalah mengetahui gambaran penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan anemia. Sampel dalam penelitian ini adalah satu orang pasien (Tn. E. K) yang dirawat di Ruang Komodo dengan anemia. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengkajian utama pada pasien Tn. E. K meliputi : keluhan utama TN. E. K mengatakan pusing berputar sejak dua hari sebelum masuk rumah sakit, pasien buang air besar bercampur darah, warna feses coklat dan pusing saat melakukan aktifitas seperti duduk, dan berjalan. Semua aktivitas pasien dibantu oleh istri dan perawat. Sebelum sakit Tn. E. K juga mempunyai riwayat hipertensi sejak 5 tahun yang lalu. Pemeriksaan TTV : (Tekanan darah : 160/100, nadi : 90x/menit, SPO<sub>2</sub>: 99%, RR: 24x/menit), kesadaran compos mentis GCS (E/M/V) : 15 (4/5/6). Hasil pemeriksaan fisik didapatkan konjungtiva anemis, mukosa bibir nampak pucat, wajah nampak pucat, CRT < 3 detik, Hb 6,9 gr%. Diagnosa keperawatan yang ditegakkan untuk Tn. E. K meliputi : perfusi jaringan tidak efektif b.d perubahan ikatan O<sub>2</sub> dengan Hb, penurunan konsentrasi Hb dalam darah, dan intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidak seimbangan suplai dan kebutuhan oksigen. Intervensi keperawatan yang dilakukan diantaranya : 1) monitor tanda-tanda vital; 2) monitor status pernapasan denyut nadi, kedalaman, pola laju pernapasan pasien; 3) monitor warna, kelembapan membran mukosa ; 4) bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan; 5) bantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik; 6) bantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda; 7) bantu klien untuk membuat jadwal latihan diwaktu luang. Implementasi keperawatan yang dilakukan sesuai dengan intervensi keperawatan yang telah ditetapkan. Hasil evaluasi menunjukkan bahwa pasien tidak pusing, tidak lemah konjungtiva tidak anemis, mukosa bibir nampak tidak pucat, CRT < 3 detik dan Hb 11 gr%, serta pasien sudah bisa beraktivitas. Masalah keperawatan teratasi. Kesimpulan : studi kasus berjalan dengan baik, pasien menerima semua tindakan yang diberikan. Perawat perlu menerapkan asuhan keperawatan kepada pasien secara optimal sehingga tercapai pelayanan yang berkualitas.

**Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Anemia**

## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1. Latar belakang

Anemia merupakan salah satu penyakit dengan penyebab multifaktorial, dapat dikarenakan reaksi patologis dan fisiologis yang bisa muncul sebagai konsekuensi dari penyakit lain atau sebagai faktor risiko terhadap penyakit lain. Anemia adalah suatu kondisi dimana jumlah sel darah merah atau hemoglobin (protein pengikat oksigen) berada dibawah nilai normal yang menyebabkan darah tidak dapat mengikat oksigen sebanyak yang diperlukan oleh tubuh (Riyanti et al , 2008). *World Healthy Organization* (WHO 2013) menetapkan batas normal nilai hemoglobin yaitu 14 g/dl untuk laki-laki dan 12 g/dl untuk perempuan. Hasil pemeriksaan laboratorium yang menunjukkan nilai hemoglobin dibawah nilai normal menunjukkan kondisi anemia.

Terdapat sekitar 400 kondisi yang dapat menyebabkan anemia pada seseorang. Penyebab itu digolongkan menjadi tiga kelompok yakni : tubuh tidak cukup memproduksi sel darah merah, terjadinya perdarahan yang menyebabkan tubuh kehilangan darah lebih cepat dibandingkan kemampuan tubuh untuk memproduksi darah, dan kelainan pada reaksi tubuh dengan menghancurkan sel darah merah yang sehat. Menurut WHO, anemia merupakan masalah umum yang terjadi didunia, terutama di negara berkembang.

Diperkirakan lebih dari 30% penduduk dunia atau 1.500 juta orang menderita anemia dan sebagian besar tinggal didaerah tropis. Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 menunjukkan bahwa angka kejadian anemia secara nasional adalah sebesar 21,7% dimana 18,4% terjadi pada laki-laki dan 23,9% terjadi pada perempuan (Boutou et al, 2013). Di Provinsi NTT prevalensi kasus anemia sebanyak 6,2% yang terdiagnosa oleh dokter (Riskesdas 2013). Berdasarkan data yang didapat diruangan Komodo pada tiga bulan terakhir yaitu terdapat 25 kasus anemia.

Anemia yang tidak ditangani dengan segera dapat menyebabkan berbagai komplikasi seperti kelelahan yang berat, rentan terhadap infeksi, gagal jantung hingga kematian. Oleh karena itu, anemia perlu mendapat perhatian khusus dan

penanganan yang kompheresif dan efektif. Salah satu bentuk penanganan yang dapat diberikan adalah pemberian asuhan keperawatan. Perawat perlu memberikan pelayanan keperawatan melalui pendekatan proses keperawatan yang dimulai dari pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, penyusunan rencana keperawatan, melakukan implementasi dan evaluasi keperawatan. Dengan adanya asuhan keperawatan, diharapkan pasien yang dirawat dengan diagnosa medis anemia mampu mencapai status kesehatan yang optimal (Weiss, 2007). Berdasarkan latar belakang diatas. Maka penulis tertarik untuk melakukan studi kasus tentang, asuhan keperawatan pada pasien Tn. E. K dengan anemia.

## **1.2. Tujuan penulisan studi kasus**

### **1.2.1. Tujuan Umum**

Mampu menerapkan asuhan keperawatan pada Tn. E. K dengan Anemia di ruangan Komodo RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang

### **1.2.2. Tujuan Khusus**

1. Mampu melakukan pengkajiann keperawatan pada Tn. E. K dengan anemia di RSUD Prof Dr W.Z. Johannes Kupang
2. Mampu menetapkan diagnosa keperawatan pada Tn. E. K dengan anemia di RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang
3. Mampu menyusun rencana keperawatan pada Tn. E. K dengan anemia di RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang
4. Mampu melakukan tindakan keperawatan pada Tn. E. K dengan anemia di RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang
5. Mampu melakukan evaluasi keperawatan pada Tn. E. K dengan anemia di RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang

### **1.3. Manfaat studi kasus**

#### **1.3.1 Manfaat Teoritis**

Menambah pengetahuan, wawasan, dalam menguasai tentang konsep teori dan asuhan keperawatan pada pasien anemia.

#### **1.3.2 Manfaat Praktis**

Menambah pengetahuan, wawasan, dan pengalaman, dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien anemia di RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang.



## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Teori Tentang Anemia**

##### **2.1.1 Pengertian Anemia**

Anemia adalah keadaan saat jumlah sel darah merah atau jumlah hemoglobin (protein pembawa oksigen) dalam sel berada dibawah normal. Sel darah merah mengandung hemoglobin yang memungkinkan mereka mengangkut oksigen dari paru-paru, dan mengantarkannya ke seluruh tubuh. Sel darah merah yang mengandung hemoglobin yang berperan dalam mengangkut oksigen dari paru-paru dan mengantarkannya ke seluruh tubuh.

Anemia adalah penyakit darah yang sering ditemukan. Beberapa anemia memiliki penyakit dasarnya, anemia bisa diklasifikasikan berdasakan bentuk atau morfologi sel darah merah, etiologi yang mendasari dan penampakan klinis. Penyebab anemia yang paling sering adalah perdarahan yang berlebihan, rusaknya sel darah merah secara berlebihan hemolisis atau kekurangan pembentukan sel darah merah (hematopoiesis yang tidak efektif). Seorang pasien dikatakan anemia bila konsentrasi hemoglobin Hb nya kurang dari 13,5 g/dL atau hematokrit kurang dari 41% pada laki-laki, dan konsentrasi kurang dari 11,5 atau hematokrit kurang dari 36% pada perempuan (Robbins 2007).

Anemia terjadi akibat perdarahan atau peningkatan destruksi atau produksi SDM yang berkurang. Mekanisme yang beragam ini digunakan sebagai data untuk mengklasifikasi anemia. Kecuali anemia pada ginjal kronis, yang sel ginjal penghasil eritropoietinnya berkurang, penurunan tekanan O<sub>2</sub> yang disebabkan oleh anemia memicu peningkatan produksi anemia eritropoietin. Hal ini menyebabkan terjadinya hiperplasia kompensatorik prekursor eritroid di sum sum tulang dan, pada anemia berat berlangsungnya hematopoiesis ekstramedula di organ hematopoietik sekunder ( limpa, hati, dan kelenjar getah bening). Pada orang bergizi baik menjadi anemik akibat perdarahan atau peningkatan destruksi (hemolisis) akut. Respons kompensasi ini dapat meningkatkan regenerasi SDM sampai lima hingga delapan kali lipat dan ditandai dengan pembebasan SDM yang baru terbentuk ke dalam darah perifer. Klasifikasi anemia yang lain didasarkan pada

morfologi SDM, yang sering berkaitan dengan penyebab defisiensinya (Brunner and Suddart, 2000 ).

Berdasarkan beberapa definisi di atas dapat disimpulkan bahwa anemia adalah suatu keadaan dimana kadar hemoglobin (Hb) dibawah normal, sehingga darah tidak mampu mengikat oksigen dan membawa oksigen ke seluruh tubuh yang bisa menyebabkan kematian jaringan.

### **2.1.1 Etiologi**

Menurut Underwood (2005) penyebab umum dari anemia antara lain; kekurangan zat besi , perdarahan usus, perdarahan ginetik, kekurangan vitamin B12, kekurangan asam folat , dan gangguan sum-sum tulang. Secara garis besar, anemia disebabkan oleh : 1). peningkatan destruksi erosit , contohnya pada gangguan sistem imun, talasemia : 2.) penurunan produksi eritrosit , contohnya pada penyakit aplastik, kekurangan nutrisi; 3) kehilangan darah dalam jumlah besar, contohnya karna akibat perdarahan akut, perdarahan kronis, menstruasi, ulser kronis dan trauma.

### **2.1.2 Tanda dan gejala**

Menurut Robbins (2007) tanda dan gejala anemia meliputi :

1. Kelopak mata pucat sangat mudah untuk mendeteksi anemia dengan melihat mata. Ketika meregangkan kelopak mata dan memperhatikan bagian bawah mata atau konjungtiva akan melihat bahwa bagian dalam kelopak mata tampak pucat.
2. Sering kelelahan jika merasa lelah sepanjang waktu selama satu bulan atau lebih, bisa jadi memiliki jumlah sel darah merah yang rendah. Pasokan energi tubuh sangat tergantung pada oksidasi dan sel darah merah, tingkat oksidasi dalam tubuh ikut berkurang.
3. Sakit kepala orang yang mengalami anemia sering mengeluh sakit kepala secara terus – menerus. Kekuranga darah merah membuat otak kekurangan oksigen. Hal ini sering menyebabkan sakit kepala.
4. sering mual orang yang menderita anemia sering kali mengalami gejala morning sickness atau Mual setelah mereka bangun dari tidur.

5. Sesak napas jumlah darah yang rendah menurunkan tingkat oksigen dalam tubuh, hal ini membuat penderita anemia sering merasa sesak napas atau sering terengah-engah ketika melakukan aktivitas
6. Denyut jantung tidak teratur palpitasi adalah istilah medis untuk denyut jantung tidak teratur , terlalu kuat atau memiliki kecepatan abnormal, ketika tubuh mengalami kekurangan oksigen denyut jantung meningkat.
7. Wajah pucat jika mengalami anemia, wajah akan terlihat pucat. Kulit juga akan mengalami putih kekuningan.
8. Rambut rontokbisa menjadi gejala anemia. Ketika kulit kepala tidak mendapatkan makanan yang cukup dari tubuh, akan mengalami penipisan rambut dengan cepat.
9. Menurunkan kekebalan tubuhketriak tubuh memiliki energi yang sangat sedikit kekebalan atau kemampuan tubuh untuk melawan penyakit ikut menurun.

Tanda dan gejala anemia berdasarkan jenisnya (Brunner and Suddart, 2000).

#### 1. Anemia aplastik

Anemia aplastik disebabkan oleh penurunan sel darah prekursor dalam sumsum tulang dan penggantian sumsum tulang dengan lemak. Dan merupakan penyebab utama. Berbagai macam infeksi dan kehamilan dapat mencetuskannya, atau dapat disebabkan oleh obat, bahan kimia atau kerusakan radiasi, bahan yang seing menyebabkan aplasia sumsum meliputi bensene dan turunan bensene. , obat anti tumor seperti nitrogen mustard dan berbagai toksit, seperti arsen anergonik. Berbagai bahan yang kadang juga menyebabkan aplasia atau hipoplasia meliputi berbagai antimikrobia, obat anti kejang, obat antitiroid, obat hipoglekemik oral analgetik, sedativ, insektisida, dan logam berat. Yang tersering adalah obat mikrobakterial dan anti kejang mephynitoin.

#### 2. Anemia pada penyakit ginjal

Anemia ini disebabkan oleh menurunnya ketahanan hidup sel darah merah maupun defisiensi eritropoetin. Beberapa eritropoetin terbukti diproduksi diluar ginjal, karna terdapat eritroesis yang masih terus berlangsung yang masih terus berlangsung, bahkan pada pasien yang ginjalnya telah diangkat.

- a. Pasien yang mengalami hemodialisis jangka panjang akan kehilangan darah ke dialiser (ginjal arti filsiar) sehingga dapat mengalami defisiensi besi. Defisiensi asam folat terjadi karena vitamin dapat terbuang ke dialisat.
- b. Pasien dialisis harus di tangani dengan pemberian besi dan asam folat.
- c. Ketersediaan eritropoetin rekombinan (epoetin alfa) telah beruabah secara dramatis pelaksanaan anemia pada penyakit ginjal tahap akhir.

Dengan terapi ini, dalam perubahan kombinasi besi oral, dapat dipertahankan emotokrit antara 33% dan 38%. Penanganan ini telah membeikan hasil yang mengembirikan pada pasien dialisis tertentu. Banyak pasien yang melaporkan adanya penurunan kelemahan, peningkatan energi, peningkatan perasaan sehat, perbaikan toleransi terhadap latihan, dan toleransi yang lebih baik terhadap penanganan dialisis. Hipertensi merupakan efek samping paling serius dan memerlukan terapi antihipertensi. Terapi ini telah menurunkan perlunya transfusidan segala resikonya.

### 3. Anemia pada penyakit kronis

Berbagai penyakit inflamasi kronis berhubungan dengan anemia jenis normositik normokromik (sel darah merah dan ukuran yang normal). Kelainan ini meliputi artitis rematoid, abses paru osteomielitis, tubecolosis, dan berbagai keganasan. Anemia biasanya ringan dan tidak progresif. Berkembang secara bertahap selama periode waktu 6 sampai 8 minggu dan kemudian stabil pada hematokrit tidak kurang dari 25%. Hemoglobin jarang turun sampai 9 g/dl, dan mempunyai sumsum tulang selularitas normal dengan peningkatan cadangan besi. Kadar eritropoetin rendah, mungkin karna turunnya produksi, adanya penyekat penggunaan besi oleh sel eritroid. Juga terjadi penurunan sedang ketahanan sel darah merah.

### 4. Anemia defisiensi besi

Penyebab tersering defisiensi pada pria dan wanita pascamenopause adalah perdarahan (misalnya dari ulkus, gastritis atau tumor pencernaan atau malabsorbsi, terutama setelah reseksi gaster. Besi tidak dapat diabsorbsi dengan baik bila pasien makan dengan serat tinggi. Penyebab tersering defisiensi besi pada wanita pramenopause adalah menoragia (perdarahan menstruasi berlebihan). Pasien dengan alkoholisme kronis sering mengalami tidak kecukupan asupan besi dan

kehilangan besi akibat kehilangan darah dari traktus gastrointestinal, menimbulkan anemia.

5. Anemia megaloblastik

*Anemia defisiensi vitamin B12.* Tidak ada faktor intrinsik dan yang normal disekresi oleh sel lambung dinamakan *anemia perniosa*. Abnormalitasnya terjadi dimukosa gaster dinding lambung mengalami atrofi dan tidak mampu mensekresi faktor intrinsik. Zat tersebut biasanya mengikat vitamin B12 dan faktor intrinsiknya cukup, masih dapat terjadi defisiensi apabila penyakit yang mengenai ileum atau pankreas yang mengganggu absorpsi. Gastrektomi juga menyebabkan defisiensi vitamin B12

*Anemia defisiensi asam folat.* Defisiensi ini sering terjadi pada pasien yang jarang makan sayur dan buah mentah (mis. Orang miskin dan orang yang suka mengonsumsi alkohol). Alkohol meningkatkan asam folat, dan pada saat yang sama, orang yang menderita alkoholisme biasanya makan makanan yang kurang mengandung vitamin. kebutuhan asam folat juga meningkat pada orang yang menderita anemia hemolitik kronis dan pada wanita hamil.

6. Anemia hemolitik, pada anemia hemolitik, eritrosit rentang usia yang memendek. Sumsum tulang biasanya mengkompensasi sebagian dengan produksi sel darah merah baru lebih dibandingkan kecepatan normal. Konsekuensinya semua jenis ini mempunyai gambaran laboratoris yang sama 1.jumlah retikulosit meningkat, 2. Fraksi bilirubin indirek meningkat dan 3. Haptoglobin (protein yang meningkat hemoglobin bebas) biasanya rendah. Sumsum tulang menjadi hiperseluler akibat proliferasi eritrosit.
7. Anemia sel sabit. Hemoglobin sabit mempunyai sifat buruk karena mempunyai bentuk seperti kristal bila terpajan tekanan oksigen rendah. Oksigen dalam darah cukup rendah sehingga terjadilah perubahan, konsekuensi sel yang mengalami hemoglobin S akan rusak, kaku dan terbentuk sabit ketika berada sirkulasi vena. Sel yang panjang dan kaku dapat terperangkap dalam pembuluh kecil, dan ketika mereka menempel satu sama lain, aliran darah ke daerah atau organ mengalami pelambatan. Apa bila terjadi iskemia atau infark, pasien dapat mengalami nyeri pembengkakan dan demam. Timbulnya anemia mencerminkan adanya kegagalan sumsum atau kehilangan sel darah merah berlebihan atau keduanya. Kegagalan

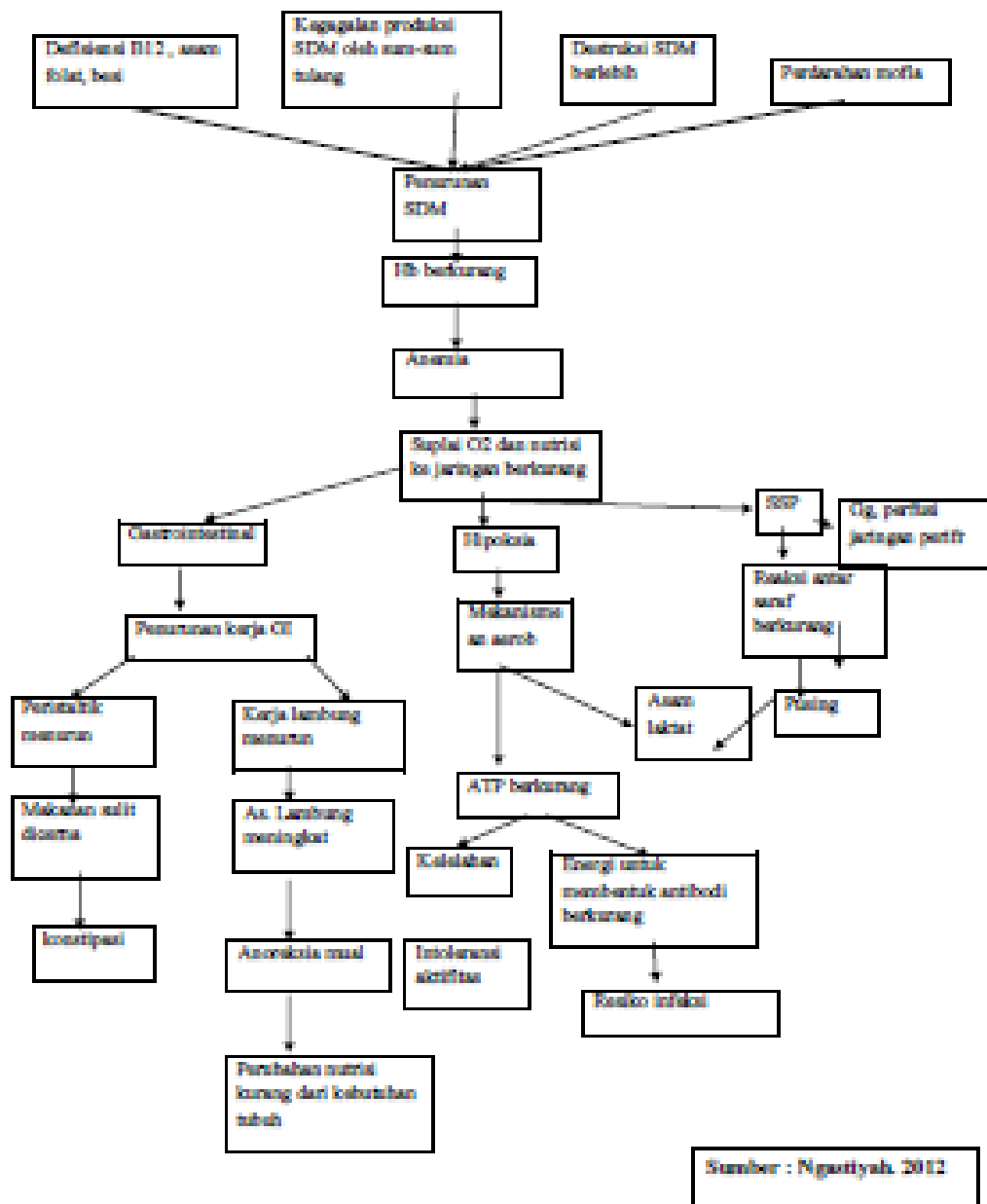


sumsum (mis. Berkurangnya eritropoesis) dapat terjadi akibat kekurangan nutrisi, pajanan toksik, invasi tumor, atau kebanyakan akibat penyakit yang diketahui. Sel darah merah dapat hilang melalui perdarahan atau hemolisis (destruksi). Pada kasus yang disebut terakhir, masalahnya dapat akibat defek sel darah merah yang tidak sesuai dengan ketahanan sel darah merah normal atau akibat beberapa faktor diluar sel darah merah yang menyebabkan destruksi sel darah merah. Lisis sel darah merah (disolusi) terjadi terutama pada sel fagositik atau dalam sistem retikuloendotelial, terutama dalam hati dan limpa. Sebagai hasil samping proses ini, bilirubin, yang berbentuk fagosit, akan memasuki aliran darah. Setiap kenaikan destruksi sel darah merah (hemolisis) segera direfleksikan dengan peningkatan bilirubin plasma (konsentrasi normalnya 1mg/dl atau kurang kadar di atas 1,5 mg/dl mengakibatkan ikterik pada sklera. Apabila sel darah merah mengalami penghancuran dalam sirkulasi, seperti yang terjadi pada berbagai kelainan hemolitik, maka hemoglobin akan muncul dalam plasma (hemoglobinemia). Apa bila konsentrasi plasmanya melebihi kapasitas haptoglobin plasma (protein pengikat untuk hemoglobin bebas) untuk mengikat semuanya (mis., apabila jumlah lebih dari 100 mg/dl), hemoglobin akan akan terdifusi glomerulus ginjal dan kedalam urin (hemoglobinuria). Jadi ada atau tidak adanya hemoglobinemia dan hemoglobinuria dapat memberikan informasi mengenai penghancuran sel darah merah abnormal pada pasien dengan hemolisis dan dapat merupakan petunjuk untuk mengetahui sifat proses hemolitik tersebut. Eritropiosis (produksi sel darah merah) dapat ditentukan dengan dengan mengukur kecepatan dimana injeksi besi radioaktif dimasukan ke sirkulasi eritrosit. Rentang sel darah merah pasien (kecepatan hemolisis) dapat diukur dengan menandai sebagian diantaranya dengan injeksi kromium radioaktif, dan mengikuti bahan tersebut sampai menghilang dari sirkulasi darah dalam beberapa hari sampai minggu. Metode tentang bagaimana membedakan kegagalan sumsum tulang tertentu dengan jenis lainnya dan suatu penyakit hemolitik dengan lainnya (Bruner and Sudrat, 2000).

### 2.1.3 Komplikasi

Komplikasi umum anemia meliputi gagal jantung, parestesia dan kejang. Pada setiap tingkat anemia, pasien dengan penyakit jantung cenderung lebih besar kemungkinannya, mengalami angina atau gejala gagal jantung kongestif dari pada seseorang yang tidak mempunyai kongestif dari pada seseorang yang tidak mempunyai penyakit jantung. (Brunner and Suddart 2000).

### 2.1.4 Patofisiologi



### **2.1.6 Pemeriksaan diagnostik**

Berbagai uji hematologis dilakukan untuk menentukan jenis dan penyebab anemia. Uji tersebut meliputi kadar hemoglobin dan hematokrit, indeks sel darah merah, penelitian sel darah putih, kadar besi serum, pengukuran kapasitas ikatan besi, kadar folat, vitamin B12, hitung trombosit atau perdarahan, aspirasi dan biopsi sumsum tulang dapat dilakukan. Selain itu perlu dilakukan pemeriksaan diagnostik untuk menentukan adanya penyakit akut dan kronis serta sumber kehilangan darah kronis. Jumlah darah lengkap dibawah normal yaitu hemoglobin, hematokrit dan sel darah merah (Brunner and Suddart, 2000).

### **2.1.7 Penatalaksanaan**

Penatalaksanaan anemia ditunjukan untuk mencari penyebab dan mengganti darah yang hilang. Anemia aplastik, dua metode penanganan yang sering dilakukan transplantasi sumsum tulang pemberian terapi immunosupresif dengan globulin antitimosit. *Transplantasi sumsum tulang* untuk memberikan persediaan jaringan hematopoiesis yang masih dapat berfungsi. Anemia defisiensi-besi, berbagai preparat besi oral untuk penanganannya adalah sulfat ferrous, defisiensi vitamin B12 ditangani dengan pemberian vitamin B12 vegetarian dapat dicegah atau ditangani dengan penambahan vitamin peroral atau susu keledai yang diperkaya dan transfusi darah. Terapi langsung ditunjukan pada penyebab anemia dapat berupa : transfusi darah, Pemberian kortikosteroid atau obat-obatan lain yang dapat menekan sistem imun, Pemberian suplemen besi, vitamin B12 vitamin-vitamin dan mineral lain yang dibutuhkan. Akibat dari anemia adalah transportasi sel darah merah akan terganggu dan jaringan tubuh sipenderita anemia akan mengalami kekurangan oksigen guna menghasilkan energi. Maka tidak mengherankan jika gejala anemia ditunjukan merasa cepat lelah, pucat, gelisah, dan terkadang sesak. Serta ditandai dengan warna pucat di beberapa bagian tubuh seperti lidah dan kelopak mata. Zat besi dapat ditemukan pada daging. Jenis lain adalah kacang, sayuran berwarna hijau gelap, buah yang di keringkan. Makanan yang mengandung penting untuk mereka yang membutuhkan zat besi tinggi seperti pada anak-anak, wanita menstruasi dan wanita hamil. Folat Dapat ditemukan pada jeruk, pisang, sayuran hijau gelap, kacang-kacangan, sereal dan pasta. Vitamin

B12 Vitamin ini banyak terdapat pada daging dan susu (Brunner and Suddart, 2000).

## **2.2 Proses keperawatan**

### **2.2.1 Pengkajian keperawatan**

Riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik akan memberikan data mengenai masalah dan keluhan pasien. Kelemahan, kelelahan, dan malaise umum sering terjadi, demikian juga kulit, dan membran mukosa yang menjadi pucat, konjungtiva anemis. Rambut dan kulit kering sering terjadi pada anemia defisiensi besi. Apabila hemoglobin rendah, jantung akan berusaha mengkompensasi dengan memompa lebih cepat dan lebih kuat sebagai usaha mengangkut lebih banyak darah ke jaringan yang mengalami hipoksia. Peningkatan beban jantung tersebut mengakibatkan berbagai gejala seperti takikardi, palpitasi, dispneu, pusing, ortopneu, selanjutnya akan terjadi gagal jantung kongestif yang ditandai dengan adanya pembesaran jantung dan pembesaran hati. Pengkajian gastrointestinal dapat mengungkapkan keluhan mual, muntah, diare, anoreksia dan glositis atau peradangan lidah. Riwayat kesehatan meliputi informasi mengenai setiap pengobatan yang dilakukan pasien. Pasien juga ditanya mengenai setiap adanya kehilangan darah, seperti adanya darah dalam tinja atau menstruasi yang berlebihan pada wanita. Riwayat keluarga juga penting karena beberapa jenis anemia herediter. Pengkajian nutrisi dapat menunjukkan adanya kekurangan nutrisi esensial seperti besi, vitamin B12 dan asam folat (Brunner and Suddart, 2000 ).

#### **1. Primer Assesment**

- a. Biodata pasien, terdiri dari : nama : (Tn. Ny. An.), umur/tanggal lahir, jenis kelamin, agama, pendidikan terakhir, alamat, no. RM, tanggal masuk, tanggal pengkajian, diagnose medis, nama penanggung jawab

#### **b. Data subjektif**

- 1) Riwayat penyakit saat ini: pingsan secara tiba-tiba atau penurunan kesadaran, kelemahan, kelelahan berat disertai nyeri kepala, demam, penglihatan kabur, dan vertigo.
- 2) Riwayat sebelumnya : gagal jantung, dan/atau perdarahan massif.

#### **c. Data objektif**

- 1) Airway : tidak ada sumbatan jalan napas (obstruksi)

2) Breathing : sesak sewaktu bekerja, dispnea, takipnea, dan orthopnea

3) Circulation :

CRT > 2 detik, takikardi, bunyi jantung murmur, pucat pada kulit dan membrane mukosa (konjunktiva, mulut, faring, bibir) dan dasar kuku. (catatan: pada pasien kulit hitam, pucat dapat tampak sebagai keabu-abuan), kuku mudah patah, berbentuk seperti sendok (clubbing finger), rambut kering, mudah putus, menipis, perasaan dingin pada ekstremitas.

4) Disability (status neurologi)

5) Sakit/nyeri kepala, pusing, vertigo, tinnitus, ketidak mampuan berkonsentrasi, insomnia, penglihatan kabur, kelemahan, keletihan berat, sensitif terhadap dingin.

## 2. Sekunder Assessment

a. Exposure

Tidak ada jejas atau kontusio pada dada, punggung, dan abdomen.

b. Five intervention

Hipotensi, takikardia, dispnea, ortopnea, takipnea, demam, hemoglobin dan hematokrit menurun, hasil lab pada setiap jenis anemia dapat berbeda. Biasanya hasil lab menunjukkan jumlah eritrosit menurun, jumlah retikulosit bervariasi, misal : menurun pada anemia aplastik (AP) dan meningkat pada respons sumsum tulang terhadap kehilangan darah/hemolisis.

c. Give comfort

Adanya nyeri kepala hebat yang bersifat akut dan dirasakan secara tiba-tiba, nyeri yang dialami tersebut hilang timbul.

d. Head to toe

1) Daerah kepala : konjunktiva pucat, sclera jaundice.

2) Daerah dada : Tidak ada jejas akibat trauma, bunyi jantung murmur, bunyi napas wheezing.

3) Daerah abdomen : splenomegali

4) Daerah ekstremitas : penurunan kekuatan otot karena kelemahan, clubbing finger (kuku sendok), perasaan dingin pada ekstremitas.

e. Inspect the posterior surface

Tidak ada jejas pada daerah punggung. (Price, S.A, 2006)



### **2.2.1 Diagnosis keperawatan**

Menurut *Nort American Nursing Diagnosis Association* (2015-2017), masalah keperawatan pada pasien dengan anemia adalah 1) intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidak seimbangan suplai dan kebutuhan oksigen. 2) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan inadequate intake makanan, 3) perfusi jaringan perifer tidak efektif b.d perubahan ikatan o<sub>2</sub> dengan Hb, penurunan konsentrasi Hb dalam darah. 4) kurang pengetahuan tentang penyakit dan perawatannya berhubungan dengan kurang terpapar terhadap informasi.

### **2.2.2 Intervensi keperawatan**

Diagnosis keperawatan yang pertama intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan akan oksigen. Goal : pasien akan meningkatkan toleransi terhadap aktivitas selama dalam perawatan. Objektif dalam jangka waktu 3x24 jam pasien akan melakukan aktivitas secara bertahap tanpa rasa lemah, mengidentifikasi aktivitas yang dilakukan.

**NIC :**

#### **Energy Management (Manajemen Energi)**

1. Observasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas
2. Dorong anak untuk mengungkapkan perasaan terhadap keterbatasan
3. Kaji adanya factor yang menyebabkan kelelahan
4. Monitor nutrisi dan sumber energi yang adekuat
5. Monitor pasien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihan
6. Monitor respon kardiovaskuler terhadap aktivitas
7. Monitor pola tidur dan lamanya tidur/istirahat pasien

#### **Activity Therapy**

1. Kolaborasi dengan Tenaga Rehabilitasi Medik dalam merencanakan program terapi yang tepat.
2. Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan
3. Bantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan sosial
4. Bantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan

5. Bantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda, krek
6. Bantu untuk mengidentifikasi aktivitas yang disukai
7. Bantu klien untuk membuat jadwal latihan di waktu luang
8. Bantu pasien/keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas
9. Sediakan penguatan positif bagi yang aktif beraktivitas
10. Bantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan

Diagnosis keperawatan yang kedua ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan inadekuat intake makanan. Goal: pasien akan mempertahankan status nutrisi yang adekuat selama dalam perawatan. Objektif: dalam jangka waktu 3 kali 24 jam perawatan pasien akan menunjukkan status nutrisi yang adekuat dengan kriteria hasil :

1. Dapat menghabiskan porsi makan yang diberikan.
2. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan
3. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi
4. Tidak ada tanda-tanda malnutrisi
5. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti

#### **NIC :**

#### **Nutrient Therapy (Terapi Nutrisi) :**

1. Kaji status nutrisi klien.
2. Jaga kebersihan mulut, ajarkan oral hygiene pada klien/keluarga.
3. Kolaborasi pemberian nutrisi secara parenteral.
4. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi setelah klien selesai diindikasikan untuk puasa.

#### **Body Weight Management/Manajemen Berat Badan :**

1. Timbang berat badan klien secara teratur.
2. Diskusikan dengan keluarga klien hal-hal yang menyebabkan penurunan berat badan.
3. Pantau hasil laboratorium, seperti kadar serum albumin, dan elektrolit.

#### **Vomiting Management (Manajemen Mual):**

1. Dukung pasien untuk mempelajari strategi untuk manajemen mual.

2. Kaji frekuensi mual, durasi, tingkat keparahan, factor frekuensi, presipitasi yang menyebabkan mual.
3. Kontrol lingkungan sekitar yang menyebabkan mual.
4. Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi mual (relaksasi, guide imagery, distraksi).

Diagnosis keperawatan yang ketiga perfusi jaringan perifer tidak efektif berhubungan dengan perubahan ikatan O<sub>2</sub> dengan Hb, penurunan konsentrasi Hb dalam darah. Goal: pasien akan mempertahankan perfusi jaringan perifer yang efektif selama dalam perawatan. Objektif dalam jangka waktu 3x24 jam pasien akan menunjukkan perfusi jaringan adekuat dengan kriteria hasil :

- a. Tekanan systole dan diastole dalam rentang normal
- b. Tidak ada sianosis
- c. Tidak ada sesak
- d. CRT < 3 detik
- e. Konjungtiva tidak anemis

Intervensi keperawatan untuk diagnosa keperawatan perfusi jaringan perifer tidak efektif berhubungan dengan perubahan ikatan O<sub>2</sub> dengan Hb, penurunan konsentrasi Hb dalam darah diantaranya : 1) monitor tanda-tanda vital; 2) monitor status pernapasan denyut nadi, kedalaman, pola laju pernapasan pasien; 3) monitor status warna, kelembapan, membran mukosa ; 4) meninggikan kepala tempat tidur pasien sesuai toleransi (15-30).

Diagnosis keperawatan yang keempat kurang pengetahuan tentang penyakit dan perawatannya berhubungan dengan kurang informasi. Goal : pasien akan meningkatkan pengetahuan tentang penyakit dan perawatan anemia. Objektif dalam jangka waktu 1x30 menit perawatan, pasien mampu menjelaskan tentang pengertian, penyebab, tanda dan gejala anemia serta perawatan dan pengobatan anemia, dengan kriteria hasil :

1. Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit anemia, kondisi, prognosis dan program pengobatan.
2. Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar.
3. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan pengertian anemia, tanda dan gejala serta cara penanganan

**NIC :**

**Teaching : disease Process**

1. Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik
2. Jelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi dan fisiologi, dengan cara yang tepat.
3. Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat
4. Gambarkan proses penyakit, dengan cara yang tepat
5. Identifikasi kemungkinan penyebab, dengan cara yang tepat
6. Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat

**2.2.3 Implementasi keperawatan**

Implementasi adalah pengelolaan dari perwujudan rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan dan merupakan tahap proses keperawatan dimana perawat memberikan intervensi langsung maupun tidak langsung (Setiadi, 2012).

Tindakan keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Pada tahap ini perawat akan memberikan perawatan kepada pasien dan perawat akan berkolaborasi dengan tenaga ahli medis lain untuk memenuhi kebutuhan pasien (Ida, 2016).

Implementasi untuk diagnosa keperawatan yang pertama diantaranya : 1) menganjurkan aktivitas sesuai kemampuan; 2) bantu klien identifikasi aktivitas yang mampu dilakukan; 3) sediakan alat bantu jika dibutuhkan; 4) bantu pasien atau keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam aktivitas.

Implementasi untuk diagnosa keperawatan yang kedua diantaranya : 1) melakukan manajemen nutrisi; 2) melakukan manajemen gangguan makan, dan manajemen saluran cerna; 3) mengkaji adanya alergi makanan; 4) kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien.

Implementasi untuk diagnosa keperawatan yang ketiga diantaranya : 1) monitor tanda-tanda vital; 2) monitor status pernapasan denyut nadi, kedalaman, pola laju

pernapasan pasien; 3) monitor status warna, kelembapan, membran mukosa ; 4) meninggikan kepala tempat tidur pasien sesuai toleransi (15-30).

Intervensi keperawatan untuk diagnosa keperawatan yang keempat diantaranya : 1) memberikan informasi secara sederhana kepada pasien; 2) mengedukasikan pasien dan keluarga tentang komplikasi dari penyakit; 3) mengedukasikan pasien dan keluarga tentang makanan yang mampu menaikkan kadar Hb.

#### **2.2.4 Evaluasi**

Evaluasi merupakan salah satu langkah dalam proses keperawatan yang memungkinkan untuk menentukan apakah intervensi berhasil meningkatkan kondisi klien. Evaluasi merupakan langkah terakhir dalam menentukan proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak, dengan cara melibatkan klien dan keluarga dan tenaga kesehatan lainnya.

Evaluasi untuk diagnosa keperawatan, intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan akan oksigen diantaranya : Pasien mampu menunjukkan toleransi terhadap aktivitas yang dibuktikan oleh indikator sebagai berikut : berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi, dan RR . Evaluasi untuk diagnosa keperawatan, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan inadekuat intake makanan diantaranya pasien mampu menghabiskan porsi makan yang diberikan yang dibuktikan oleh indikator sebagai berikut : masukan nutrisi adekuat dan pasien tidak muntah saat makan Evaluasi untuk diagnosa keperawatan, perfusi jaringan perifer tidak efektif b.d perubahan ikatan O<sub>2</sub> dengan Hb, penurunan konsentrasi Hb dalam darah yang diantaranya : tekanan darah sistolik dan diastolik normal, tidak ada sianosis, tidak ada sesak, CRT < 3 detik, konjungtiva tidak anemis Evaluasi untuk diagnosa keperawatan 4) kurang pengetahuan tentang penyakit dan perawatannya berhubungan dengan kurang informasi pasien dapat mengerti dan memahami tentang penyakit, prosedur diagnostik dan rencana pengobatan.

## **BAB 3**

### **HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN**

#### **3.1. Hasil Studi Kasus**

##### **3.1.1. Pengkajian**

Studi kasus dilakukan di Ruang Komodo RSUD Prof.Dr. W.Z.Johanes Kupang pada tanggal 27-30 Mei 2019. Pasien yang dirawat berinisial Tn. E. K berusia 60 tahun, jenis kelamin laki-laki, agama Kristen protestan, pekerjaan Nelayan, alamat Naikoten, No Register 449227, masuk rumah sakit tanggal 23-05-2019 pukul 18.15 dengan diagnosa medis Hipertensi (HT), Melena, dan Anemia. Sumber informasi berasal dari pasien, keluarga dan catatan perawatan.

Hasil pengkajian pada tanggal 25 Mei 2019 jam 16.00 didapatkan keluhan utama TN. E. K mengatakan pusing berputar sejak dua hari yang lalu, pasien buang air besar bercampur darah, warna feses coklat dan pusing saat melakukan aktifitas seperti duduk, dan berjalan. Semua aktivitas pasien dibantu oleh istri dan perawat. Sebelum sakit Tn. E. K juga mempunyai riwayat hipertensi sejak 5 tahun yang lalu. Kebiasaan pasien tidak merokok, tidak minum alkohol, dan tidak minum obat-obatan. Riwayat penyakit keluarga : tidak ada anggota keluarga menderita penyakit yang sama seperti pasien mengalami hipertensi karna gaya hidup.

Pemeriksaan fisik : TTV (Tekanan darah : 160/100, nadi : 90x/menit, SPO2: 99%, RR: 24x/menit), kesadaran compos mentis GCS (E/M/V) : 15 (4/5/6). Pemeriksaan pada kepala, rambut hitam tidak kering bentuk kepala simetris, tidak terdapat lesi, masa dan benjolan, wajah simetris penglihatan jelas, conjungtiva pasien anemis sklera putih dan pasien tidak memakai kacamata, saat membaca tidak nyeri mata, dan wajah nampak pucat. Telinga pasien tidak mengalami gangguan pendengaran dan tidak ada nyeri pada telinga. Tenggorokan dan mulut gigi pasien bersih, tidak ada karies tidak memakai gigi palsu bibir tampak pucat dan kering. pasien tidak mengalami gangguan menelan dan tidak ada pembesaran kalenjar getah bening. Dada kiri dan kanan simetris, tidak ada benjolan dan lesi pada dada, nadi apikal teraba, tidak ada nyeri, Capiler Refill Time ( CRT ) > 3 detik. Sistem respirasi, pasien tidak sesak napas tidak ada tarikan dinding dada, tidak alat bantu pernapasan.

Sistem pencernaan : pasien BAB bercampur darah, bising usus 20x/menit turgor kulit baik. Sistem persyarafan koordinasi gerak baik. Sistem musculoskeletal tidak ada nyeri otot dan nyeri sendi, kekuatan otot normal. Turgor kulit baik warna kulit sawo matang. Sistem perkemihan tidak ada gangguan eliminasi urin, tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih , produksi urin 1000 cc/ hari intake cairan oral 900 cc, parenteral 500cc/ 24 jam. Sistem endokrin tidak ada pembesaran kalenjar.

Pola kebiasaan sehari-hari, pasien makan 3x/hari nafsu makan menurun saat sakit pasien hanya mampu menghabiskan setengah piring saat makan, tidak ada makanan tantangan, makanan yang disukai semua jenis makanan. Buang air kecil 3-4x sehari, BAB 1-2x/hari. Pasien tidur 21.00 bangun 05.00 dan tidak ada gangguan tidur. Pola interaksi social istri merupakan orang yang terdekat, mengikuti organisasi digereja, keadaan rumah cukup untuk 7 anggota keluarga keadaan rumah tidak bising dan tidak banjir. Semua masalah dibicarakan dengan anggota keluarga (istri dan anak) musyawarah dalam mengatasi masalah. Kegiatan keagamaan spiritual taat menjalankan ibadah dan selalu mengikuti organisasi di gereja. Keadaan psikologis selama sakit pasien menerima sakit yang diderita

### **3.1.2. Diagnosa**

Diagnosa keperawatan yang ditegakkan berdasarkan data-data yang dikaji pada Tn. E. K : 1.Perfusi jaringan tidak efektif b.d perubahan ikatan O<sub>2</sub> dengan Hb, penurunan konsentrasi Hb dalam darah. Data-data yang mendukung **subjektif** : pasien mengatakan, pusing lemah, letih dan pasien tidak mampu melakukan aktivitas sendiri. **Objektif** : pasien tampak lemah, konjungtiva anemis, bibir pucat, wajah pucat, telapak tangan pucat capiler refill time (CRT) lebih dari 3 detik, HB: 6,9g/dl. 2.Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidak seimbangan suplai dan kebutuhan oksigen, data-data yang mendukung **subjektif** : Pasien mengatakan pusing dan lemah saat beraktivitas, **objektif** : pasien tampak terbaring lemas ditempat tidur semua aktivitas pasien seperti (personal hygiene) dibantu oleh keluarga dan perawat.

### 3.1.3. Intervensi

Intervensi keperawatan untuk diagnosa keperawatan yang pertama : (perfusi jaringan perifer tidak efektif berhubungan dengan perubahan ikatan O<sub>2</sub> dengan Hb, penurunan konsentrasi Hb dalam darah) ditandai dengan pasien mengeluh pusing, lemah, letih pasien tidak mampu melakukan aktivitas sendiri, pasien tampak lemah, konjungtiva anemis, bibir pucat, wajah pucat, telapak tangan pucat capiler refill time (CRT) lebih dari 3 detik, Hb: 6,9g/dl dipilih sebagai diagnosis yang pertama karena mengancam jiwa. Goal: pasien akan mempertahankan perfusi jaringan perifer yang efektif selama dalam perawatan. Objektif dalam jangka waktu 2x24 jam, perfusi jaringan perifer adekuat dengan kriteria hasil : tekanan systole dan diastole dalam batas normal, tidak ada sianosis, tidak ada sesak, CRT < 3 detik, konjungtiva tidak anemis. Intervensi yang dilakukan diantaranya : 1) monitor tanda-tanda vital; 2) monitor status pernapasan denyut nadi, kedalaman, pola laju pernapasan pasien; 3) monitor status warna, kelembapan, membran mukosa ; 4) meninggikan kepala tempat tidur pasien sesuai toleransi (15-30°).

Intervensi untuk diagnosa yang kedua yaitu : Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidak seimbangan suplai dan kebutuhan oksigen yang ditandai dengan pasien mengatakan pusing saat beraktivitas, pasien tampak terbaring lemas di tempat tidur semua aktivitas pasien seperti (personal hygiene) dibantu oleh keluarga dan perawat. Goal : pasien akan meningkatkan toleransi aktivitas selama dalam perawatan. Objektif dalam jangka waktu 3x24 jam dengan kriteria hasil : 1) berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan RR; 2) mampu melakukan aktivitas sehari-hari (ADLs) secara mandiri tanpa adanya lemah. Intervensi yang dilakukan diantaranya : 1) bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan; 2) bantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik; 3) bantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda; 4) bantu klien untuk membuat jadwal latihan diwaktu luang.

### 3.1.4. Implementasi

Implementasi dilakukan selama tiga hari yang dimulai dari tanggal 25 Mei – 27 Mei 2019. Implementasi untuk hari pertama pada tanggal 25 Mei untuk **diagnosa 1** Perfusi jaringan perifer tidak efektif berhubungan dengan perubahan



ikatan O<sub>2</sub> dengan Hb, penurunan konsentrasi Hb dalam darah diantaranya : 1) jam 07.00 Monitor Tanda-tanda vital; 2) jam 07.15; mengatur posisi tidur semi fowler jam ; 3) jam 10.00 melakukan tranfusi satu bag darah; 4) jam 10.15 mengevaluasi respon pasien terhadap transfusi yang diberikan dan evaluasi CRT ; 5)jam 12.00 aff set transfusi dan diganti dengan infuse RL 20 tetes/menit jam 12.00. Untuk **diagnosa 2** intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai O<sub>2</sub> dan kebutuhan oksigen implementasinya adalah diantaranya : 1) jam 07.30 membantu pasien untuk membersihkan diri ; 2) jam 09.00 membantu klien dalam mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan; 3) jam 09.30memberikan terapi aktivitas seperti berjalan.

Implementasi untuk hari kedua pada tanggal 26 Mei untuk **diagnosa 1** Perfusi jaringan perifer tidak efektif berhubungan dengan perubahan ikatan O<sub>2</sub> dengan Hb, penurunan konsentrasi Hb dalam darah implementasinya diantaranya : 1) jam 07.15 monitor tanda-tanda vital jam; 1) jam 07.30, mengatur posisi tidur pasien semi fowler jam; 1) jam 09.30, mengganti cairan infus NaCL 20 tetes/menit; 2) jam 10.30, memberikan transfuse 1 bag darah; 1) jam 10.45 mengevaluasi respon pasien terhadap transfusi yang diberikan. Untuk **diagnosa 2** intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai O<sub>2</sub> dan kebutuhan oksigen implementasinya diantaranya : 1) jam 08.00 membantu pasien melakukan aktivitas; 2) jam 08.15, mendorong keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan aktivitas; 3) jam 08.30, menyarankan kepada pasien untuk tidak terlalu melakukan aktivitas berat.

Implementasi untuk hari ketiga pada tanggal 27 Mei untuk **diagnosa 1** perfusi jaringan perifer tidak efektif berhubungan dengan perubahan ikatan O<sub>2</sub> dengan HB, penurunan konsentrasi HB dalam darah implementasi diantaranya : 1) jam 07.15 monitor tanda-tanda vital; 2) jam 07.35 mengatur posisi tidur pasien; 3) jam 10.00 memberikan pendidikan kesehatan tentang makanan yang bisa meningkatkan kadar Hb dan evaluasi CRT; 4) jam 11.35 monitor tanda-tanda vital jam 11.30. Untuk **diagosa 2** intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai O<sub>2</sub> dan kebutuhan oksigen implementasi diantaranya : 1) jam 08.00 memberikan terapi aktivitas seperti berjalan dan duduk di kursi; 2)

jam 08.30 membantu pasien melakukan aktivitas pergi ke toilet; 3) jam 10.00 membuat jadwal latihan aktivitas bersama pasien.

### 3.1.5. Evaluasi

Evaluasi dilakukan selama tiga hari yaitu dimulai pada tanggal 25 Mei – 27 Mei 2019. Evaluasi pada hari pertama dimulai pada tanggal 25 Mei 2019 untuk **diagnosa 1** perfusi jaringan perifer tidak efektif berhubungan dengan perubahan ikatan O<sub>2</sub> dengan Hb, penurunan konsentrasi Hb dalam darah adalah : **subjektif** : Pasien mengatakan masih pusing dan masih lemah, **objektif** : Pasien tampak lemah dan terbaring lemah ditempat tidur, konjungtiva masih anemis, bibir pucat, dan muka masih pucat tanda-tanda vital : TD : 150/90 mmHg, S: 36,5<sup>0</sup>C, N : 86x/m, RR: 23x/m, 8,7 g/dl **Assesment** : masalah belum teratasi **planning** dilanjutkan. Evaluasi untuk **diagnosa 2** intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai O<sub>2</sub> dan kebutuhan oksigen, **subjektif** : Pasien mengatakan belum bisa beraktivitas karna masih pusing, **objektif** pasien tampak lemah dan hanya tertidur lemas ditempat tidur semua aktivitas pasien seperti makan dan minum dibantu oleh keluarga, **asesment** masalah belum teratasi **planning** : intervensi dilanjutkan.

Evaluasi hari kedua pada tanggal 26 Mei untuk **diagnosa 1** Perfusi jaringan perifer tidak efektif berhubungan dengan perubahan ikatan O<sub>2</sub> dengan HB, penurunan konsentrasi Hb dalam darah adalah, **subjektif**:pasien mengatakan pusing sudah berkurang, **objektif** :pasien tampak lemah, tanda-tanda vital TD: 150/90 mmhg, S/N: 36,4/72X/menit dan RR: 20X/menit, Hb 9,9g/dl, konjungtiva anemis, muka pucat, bibir pucat. **assessment** : masalah teratasi sebagian **planning** : intervensi dilanjutkan. Evaluasi untuk **diagnosa 2** intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai O<sub>2</sub> dan kebutuhan oksigen, **subjektif** : Pasien mengatakan sudah bisa beraktivitas tapi masih dibantu oleh keluarga **objektif** : pasien tampak beraktivitas dibantu oleh keluarga seperti pergi ke toilet **assessment** : masalah belum teratasi, **planning**: intervensi dilanjutkan.

Evaluasi hari ketiga pada tanggal 27 Mei untuk **diagnosa 1** Perfusi jaringan perifer tidak efektif berhubungan dengan perubahan ikatan O<sub>2</sub> dengan Hb, penurunan konsentrasi Hb dalam darah adalah **subjektif** :pasien mengatakan sudah tidak pusing dan tidak lemah **objektif** : pasien tampak tidak pucat,

konjungtiva tidak anemis, bibir tidak pucat CRT < 3 detik, tanda-tanda vital : TD : 140/90 mmHg, S: 36,4°C, N : 80x/m, RR: 20x/m HB 11, **asesment** masalah teratasi, **planning** intervensi dihentikan, pasien pulang.

Untuk **diagnosa 2** intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai O<sub>2</sub> dan kebutuhan oksigen, **subjektif** : pasien mengatakan sudah bisa beraktivitas tapi masih dibantu oleh keluarga **objektif** : pasien tampak beraktivitas dengan tidak merasa pusing, **assessment** : masalah teratasi **planning** : intervensi dihentikan.

### 3.2. Pembahasan

Pada pembahasan studi kasus, yang akan dibahas adalah kesenjangan antara teori yang ada dengan praktek di lapangan. Dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien, menggunakan proses keperawatan yang dimulai dari melakukan pengkajian sampai pada tahap evaluasi. Pada pengkajian keperawatan yang dilakukan adalah mengambil data-data melalui wawancara (anamnesa) dan melalui pengkajian fisik, dimana data-data yang diambil berupa data primer maupun sekunder dan dapat berupa data subjektif maupun objektif. Kemudian data-data yang telah didapat, dianalisa untuk menegakkan diagnosa keperawatan menggunakan rumus P E S ( *problem, etiologi, sign and symptom* ). Setelah menegakkan diagnosa keperawatan, maka langkah selanjutnya adalah membuat perencanaan keperawatan menggunakan *Nursing Outcome Classification* ( NOC ) dan *Nursing interventio* ( NIC ). Setelah menyusun perencanaan, langkah selanjutnya yaitu melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan intervensi yang telah ditetapkan.

#### 3.2.1 Pengkajian Keperawatan

Secara teori pengkajian yang didapatkan pada pasien anemia meliputi : riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik memberikan data mengenai masalah dan keluhan pasien. Gejala kelemahan, kelelahan, dan malaise umum sering terjadi, selain itu pada kulit dan membran mukosa nampak pucat, serta konjungtiva anemis. Rambut dan kulit, kering sering terjadi pada anemia defisiensi besi. Apabila hemoglobin rendah, jantung akan berusaha mengkompensasi dengan memompa

lebih cepat dan lebih kuat sebagai usaha mengangkut lebih banyak darah ke jaringan yang mengalami hipoksia. Peningkatan beban jantung tersebut mengakibatkan berbagai gejala seperti takikardi, palpitasi, dispnu, pusing, ortopnu, selanjutnya akan terjadi gagal jantung kongestif yang ditandai dengan adanya pembesaran jantung. Pengkajian gastrointestinal dapat mengungkapkan keluhan mual, muntah diare, anorexia dan glositis atau peradangan lidah (Brunner and Suddart, 2000).

Pada kasus yang dialami TN. E. K diantaranya klien mengatakan pusing berputar sejak dua hari yang lalu, pasien buang air besar bercampur darah, warna feses coklat dan pusing saat melakukan aktifitas seperti duduk dan berjalan. Semua aktivitas pasien dibantu oleh istri dan perawat. Pada pemeriksaan fisik didapatkan data-data wajah tampak pucat, konjungtiva anemis, bibir pucat, telapak tangan dan kaki pucat, CRT > 3 detik, HB 6,9 g/dl. Sebagian besar data yang ada pada pasien terdapat pada teori. Ada beberapa tanda dan gejala seperti adanya mual muntah, sesak napas, ortopnu, anorexia, rambut dan kulit kering tidak ditemukan pada pasien. Hal ini berkaitan dengan kadar Hb pada pasien yang tidak terlalu rendah (Hb masih diatas 6gr%) sehingga tanda dan gejala pada sistem respirasi seperti sesak napas dan ortupnu tidak terjadi.

### 3.2.2 Diagnosa keperawatan

Menurut *Nort American Nursing Diagnosis Association* (2015-2017) masalah keperawatan pada pasien dengan anemia adalah 1) intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidak seimbangan suplai dan kebutuhan oksigen; 2) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan inadekuat intake makanan; 3) perfusi jaringan perifer tidak efektif b.d perubahan ikatan O<sub>2</sub> dengan Hb, penurunan konsentrasi Hb dalam darah; 4) kurang pengetahuan tentang penyakit dan perawatannya berhubungan dengan kurang informasi.

Pada kasus diagnose keperawatan yang ditegakkan untuk Tn. E. K adalah 1) perfusi jaringan perifer tidak efektif b.d perubahan ikatan O<sub>2</sub> dengan Hb, penurunan konsentrasi Hb dalam darah; 2) intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidak seimbangan suplai dan kebutuhan oksigen. Pada kasus hanya ditemukan dua diagnosa keperawatan karna tidak ada data-data atau keluhan yang mendukung untuk mengambil semua diagnosa sesuai teori. Diagnosa keperawatan

ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh tidak ditegakkan karena tidak ada data-data yang menunjang adanya gangguan nutrisi pada kasus nyata. Pasien juga dapat menghabiskan porsi makan yang disediakan dan tidak ada keluhan mual muntah. Selanjutnya masalah kurang pengetahuan tentang anemia tidak ditegakkan karena pasien sudah mendapat informasi sebelumnya tentang anemia. Saat dilakukan pengkajian, pasien mampu menyebutkan tentang anemia dan perawatannya.

### 3.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan untuk diagnosa keperawatan yang pertama perfusi jaringan perifer tidak efektif berhubungan dengan perubahan ikatan O<sub>2</sub> dengan Hb, penurunan konsentrasi Hb dalam darah. Dilakukan sesuai dengan teori. Goal: pasien akan mempertahankan perfusi jaringan yang efektif selama dalam perawatan. Intervensi keperawatan seperti memonitoring tanda-tanda vital bertujuan untuk mengevaluasi keadekuatan perfusi jaringan perifer sehingga dapat menentukan intervensi selanjutnya dengan tepat. Selain itu intervensi lain seperti meninggikan tempat tidur sesuai toleransi (15-30<sup>0</sup>) bertujuan untuk memaksimalkan oksigenasi untuk kebutuhan seluler.

Intervensi untuk diagnosa keperawatan kedua (intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidak seimbangan suplai dan kebutuhan oksigen) sebagian besar sudah dilakukan sesuai dengan teori Goal : pasien akan meningkatkan toleransi terhadap aktivitas selama dalam perawatan. Intervensi keperawatan seperti terapi aktivitas dan bantu perawatan diri, merupakan salah satu intervensi keperawatan yang bertujuan untuk meningkatkan aktivitas pasien. Ada beberapa intervensi yang tidak digunakan seperti, kolaborasi dengan tenaga rehabilitasi medik. Intervensi ini tidak dilakukan karena dengan beberapa intervensi mandiri yang sudah dilakukan perawat, pasien mampu bertoleransi terhadap aktivitas. Selain itu keluhan adanya kelemahan otot tidak ditemukan sehingga kolaborasi dengan tenaga rehabilitasi medik tidak perlu dilakukan.

### 3.2.4 Implementasi

Implementasi adalah pengelolaan dari perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan dan merupakan tahap

proses keperawatan dimana perawat memberikan intervensi langsung maupun tidak langsung (Setiadi, 2012 ).

Implementasi yang tidak dilakukan untuk diagnosa 1 sebagian besar sudah sesuai intervensi. Namun ada beberapa intervensi tambahan seperti pemberian transfusi darah dan mengevaluasi respon pasien terhadap pemberian transfusi. Hal ini dilakukan untuk meningkatkan kadar Hb pasien sehingga dengan kadar Hb dalam batas normal, tercapai perfusi jaringan perifer yang adekuat.

Implementasi untuk diagnosa kedua sebagian besar sudah dilakukan sesuai intervensi. Implementasi keperawatan yang tidak dilakukan seperti bantu untuk mendapatkan alat bantu aktivitas seperti kursi roda. Implementasi ini tidak dilakukan karena pasien mampu berjalan dengan didampingi perawat atau keluarga tanpa adanya rasa lemah dan sesak.

#### 3.1.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan langkah proses keperawatan yang memungkinkan untuk menentukan apakah intervensi berhasil meningkatkan kondisi klien telah berhasil meningkatkan kondisi klien, dan evaluasi merupakan langkah terakhir dalam menentukan proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak, dengan cara melibatkan klien dan keluarga dan tenaga kesehatan lainnya (Potter and Perry, 2009).

Evaluasi untuk diagnosa keperawatan perfusi jaringan perifer tidak efektif b.d perubahan ikatan O<sub>2</sub> dengan Hb, penurunan konsentrasi Hb dalam darah diantaranya : pasien tidak pusing dan lemah Hb meningkat dari 6,9 gr% hingga 11 gr%. Semua hasil ini sama dengan yang ada dalam tinjauan teori.

Evaluasi untuk diagnosa keperawatan intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidak seimbangan suplai dan kebutuhan oksigen diantaranya : pasien mampu menunjukkan toleransi aktivitas yang dibuktikan oleh indikator sebagai berikut : saturasi oksigen saat beraktivitas ringan dalam batas normal (SPO<sub>2</sub> 99%), frekuensi pernapasan saat beraktivitas dalam batas normal (16-20x/menit). Selain itu pasien mengatakan sudah tidak pusing dan tidak lemah, pasien tampak tidak pucat dan bisa beraktivitas, TTV (TD : 140/90 mmHg, S: 36,4<sup>0</sup>C, N : 80x/m, RR: 20x/m),

Hb 11 gr%. Masalah ketidak efektifan perfusi jaringan perifer dan intoleransi aktivitas berhasil, intervensi dihentikan dan pasien dipulangkan.

Pada kasus, kadar Hb 11 gr% (belum dalam batas normal) namun pasien sudah dipulangkan. Kondisi ini sering terjadi dan menurut advise dokter dapat dipulangkan dengan alasan seseorang dengan kadar Hb 11 gr% sudah memenuhi kriteria / indikator kestabilan perfusi jaringan perifer. Hal ini tentunya berdasarkan evaluasi peningkatan kadar Hb hari ke hari yang menunjukkan respon positif dari keefektifan perfusi jaringan perifer. Oleh karena itu peran perawat sangat dibutuhkan dalam memberikan edukasi kesehatan kepada pasien tentang diet atau nutrisi yang dapat meningkatkan kadar Hb saat perawatan pasien di rumah nantinya.

### **3.3. Keterbatasan penelitian**

Dalam melakukan penelitian studi kasus keperawatan pada pasien anemia ini terdapat keterbatasan yaitu pada subjek yang diteliti , subjek berfokus pada satu pasien sehingga peneliti tidak dapat melakukan perbandingan mengenai masalah-masalah anemia yang mungkin didapatkan pada pasien lainnya.

## **BAB 4**

### **PENUTUP**

#### **4.1 Kesimpulan**

##### **1) Pengkajian**

Hasil pengkajian menunjukkan bahwa : pasien mengatakan bahwa merasa pusing, buang air besar bercampur darah, lemas dan tidak bisa beraktivitas. Semua aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat. TTV : Tekanan darah : 160/100 mmHg -. Nadi : 90x/mnt SPO<sub>2</sub> : 99% -. Pernapasan : 24x/mnt -. Suhu badan : 36,7<sup>0</sup>C, GCS (E/V/M) 4/5/6 kadar Hb 6,9g/dl hasil observasi pasien nampak pucat dan lemah.

##### **2) Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa yang ditegakkan untuk pasien Tn. E. K adalah : 1) Perfusi jaringan perifer tidak efektif berhubungan dengan perubahan ikatan O<sub>2</sub> dengan Hb, penurunan konsentrasi Hb dalam darah; 2) Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai O<sub>2</sub> dan kebutuhan oksigen.

##### **3) Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan untuk diagnosa 1 : Lakukan penilaian secara kompherensif fungsi sirkulasi perifer. 1) monitor tanda-tanda vital; 2) monitor status pernapasan denyut nadi, kedalaman, pola laju pernapasan pasien; 3) monitor status warna, kelembapan membran mukosa ; 4) meninggikan kepala tempat tidur pasien sesuai toleransi (15-30<sup>0</sup>).

Intervensi untuk diagnosa 2 : 1) bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan; 2) bantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik; 3) bantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda; 4) bantu klien untuk membuat jadwal latihan diwaktu luang.

##### **4) Implementasi Keperawatan**

Implementasi dilakukan pada tanggal 25-27 Mei 2019. Implementasi untuk diagnosa 1 Perfusi jaringan perifer tidak efektif berhubungan dengan perubahan ikatan O<sub>2</sub> dengan Hb, penurunan konsentrasi Hb dalam darah : monitor Tanda-tanda vital, evaluasi nadi, mengatur posisi tidur ekstremitas bawah lebih rendah.



Implementasi untuk diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidak seimbangan suplai dan kebutuhan oksigen : membantu pasien untuk membersihkan diri, membantu klien dalam mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan, dan memberikan terapi aktivitas.

#### 5) Evaluasi Keperawatan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan, hasil evaluasi menunjukkan bahwa perfusi jaringan perifer tidak efektif berhubungan dengan perubahan ikatan O<sub>2</sub> dengan Hb, penurunan konsentrasi Hb dalam darah pasien tidak lemah dan tidak pusing Hb 11 g% dan konjungtiva tidak anemis, CRT < 3 detik, mukosa bibir tidak nampak pucat. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai O<sub>2</sub> dan kebutuhan oksigen, pasien dapat beraktivitas dengan tidak lemah dan tidak pusing.

### 4.2. Saran

#### 1). Bagi klien dan keluarga

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi pengetahuan dan manfaat kepada klien dan keluarga untuk dapat melakukan perawatan pada anggota keluarga dengan anemia.

#### 2). Bagi perawat

Hasil penelitian ini dapat digunakan dalam perawatan pada pasien anemia dengan menerapkan asuhan keperawatan yang dimulai dari pengkajian sampai evaluasi keperawatan.

#### 3). Bagi penelitian selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat berguna sebagai tambahan referensi tentang Asuhan Keperawatan pada pasien dengan kasus anemia.

## DAFTAR PUSTAKA

- Brunner and Suddarth, 2000, *Buku Ajar Keperawatan Medical Bedah* , Buku edisi 8 vol 2. Jakarta: EGC.
- Underword, 1999, *Patologi umum sistematik*, edisi 2, vol 2, Jakarta : J.C.E
- Robbins, 2007, *Buku Ajar Patologi*, edisi 2 vol 2 Jakarta : E,G,C
- Sue. Moorhead,E 2016, *Nursing Out Comes (NOC )*
- Bulechek, 2016, *Nursing I ntterventions Classification (NIC)*, G.M
- Herdman, T. H. & Kamitsuru, S(2017), *NANDA INTERNASIONAL Diagnosis Keperaw,atan : Definisi dan klasifikasi 2018-2020 edisi 11*.Jakarta: EGC.
- Kementrian Kesehatan RI, 2013, *Riset Kesehatan*.Jakarta : EGC.
- WHO, (*World Health Organisation*), 2013
- Ngastiyah, 2005 *Kapita Selekt kedokteran edisi III. Jakarta:EGC*.
- Setiadi, 2012 *Konsep dan Penulisan Dokumentasi Asuhan Keperawatan*.Yogyakarta : Firman Jaya.
- Potter, P.A, Perry, A.G, 2009 *Konsep,Proses dan Praktik Edisi 4, Volume 2*, Jakarta : E.G.C

## **ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. E. K DENGAN ANEMIA**

### **3.1. Hasil Studi Kasus**

#### **3.1.1. Gambaran tempat atau Lokasi penelitian**

RSUD Prof Dr W.Z Yohanes Kupang adalah Rumah Sakit tipe B yang sudah menjadi Badan Layanan Umum. Salah satu ruang rawat inap yang ada di RSUD Dr. W.Z. Yohanes Kupang adalah kelas II/Komodo yang dijadikan sebagai lokasi penelitian studi kasus tentang gagal ginjal kronik. Ruang Komodo sebagai ruang kelas II laki-laki rawat inap mempunyai kapasitas 5 ruangan dan tiap ruangan terdiri dari 4 tempat tidur dengan fasilitas lemari masing-masing. Jumlah rata-rata pasien sekitar 12 orang dengan jumlah tenaga perawat sebanyak 25 orang.

#### **3.1.2. Karakteristik Pasien ( Identitas Pasien )**

Pada bab ini berisi rincian tentang studi kasus asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada Tn. E. K pada tanggal 25 Mei sampai dengan 27 Mei 2019 di Ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W.Z. Yohanes Kupang, dengan metode wawancara, observasi, pemeriksaan fisik.

#### **1.1.2.1. Pengkajian**

##### **1. Identitas pasien dan hasil anamnesis**

Tn. E.K, umur 60 tahun, Jenis kelamin laki-laki, asal dari suku Rote, pendidikan terakhir SMA, beragama Kristen protestan, status perkawinan sudah menikah. Tn E. K bertempat tinggal di Naikoten, pekerjaan Nelayan.

##### **2. Riwayat Kesehatan**

1). Keluhan Utama : pusing berputar sejak dua hari yang lalu, pasien buang air besar bercampur darah, warna feses coklat dengan frekwensi 5 x sehari

a). Kapan : sejak tanggal 22 Mei 2019

b). Lokasi : Pusing dibagian kepala,

2). Riwayat Keluhan Utama

a). Mulai timbulnya keluhan : sejak tanggal 22 Mei 2019

b). Sifat keluhan : menetap

c). Lokasi : pada bagian kepala

d). Keluhan lain yang menyertai : kurang nafsu makan

- e). Faktor pencetus yang menimbulkan serangan : saat beraktifitas
- f). Apakah keluhan bertambah/berkurang pada saat-saat tertentu (saat-saat mana) :  
keluhan bertambah saat aktifitas
- g). Upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan : berobat ke faskes  
RSUD W.Z.YOHANES KUPANG

3). Riwayat penyakit sebelumnya

- a). Riwayat penyakit yang pernah diderita: klien mempunyai riwayat Hipertensi sejak lima tahun yang lau.
  - b). Riwayat alergi tidak ada
  - c). Riwayat operasi Ya, Jenis : Hernia, tahun 2017
- 4). Kebiasaan
- a). Merokok tidak
  - b). Minum alkohol tidak
  - c). Minum kopi : Ya, 1 cangkir setiap pagi
  - d). Minum obat-obatan : tidak

Riwayat Keluarga/Genogram (Diagram tiga generasi) :

Analisa keadaan kesehatan keluarga dan faktor resiko

**Pemeriksaan Fisik**

1. Tanda-tanda vital

- . Tekanan darah : 160/100 mmHg    -. Nadi : 90x/mnt
- . SPO<sub>2</sub> : 99%    -. Pernapasan : 24x/mnt    -. Suhu badan : 36,7<sup>0</sup>C

2. Kepala dan leher

a). Kepala :

- Sakit kepala : ya  
Pusing : ya
- Bentuk ukuran dan posisi normal, tidak terdapat lesi, massa, dan benjolan.
- Observasi wajah : simetis
- Penglihatan : Jelas
  - Konjungtiva : anemis
  - Sklera : putih
  - Pakai kacamata : tidak, saat membaca

- Penglihatan kabur : tidak, saat membaca
- Nyeri : tidak
- Peradangan :
- Operasi : tidak pernah

Jenis : -

Waktu : -

Tempat : -

- Pendengaran :

- Gangguan pendengaran : tidak
- Nyeri : tidak
- Peradangan : tidak

- Hidung :

- Alergi rhinitis : tidak
- Riwayat polip : tidak
- Sinusitis : tidak
- Epistaksis : tidak

- Tenggorokan dan mulut

- Keadaan gigi : bersih
- Caries : tidak
- Memakai gigi palsu : tidak
- Gangguan bicara : tidak
- Gangguan menelan : tidak
- Pembesaran kelenjar leher : tidak

### 3. Riwayat Kardiovaskuler :

- Nyeri Dada : tidak
- Inspeksi :

Kesadaran / GCS : Composmentis / GCS (E/V/M) 4/5/6

Bentuk dada : normal

Bibir : normal (Pucat/kering)

Kuku : normal

Capillary Refill : abnormal (lebih dari 3 detik)

Tangan : telapak tangan pucat

Kaki : normal

Sendi : normal

- Letus cardis/Apical pulce : teraba
- Vena jugularis : tidak teraba
- Perkusi : pembesaran jantung : tidak ada
- Auskultasi : BJ I : normal
- BJ II : normal

Murmur : tidak

#### 4. Sistem Respirasi :

- Keluhan : tidak ada keluhan
- Inspeksi :
  - Jejas : tidak
  - Bentuk dada : normal
  - Jenis pernapasan : tidak
  - Irama napas : teratur
  - Retraksi otot pernapasan : tidak
  - Penggunaan alat bantu pernapasan : tidak
- Perkusi : Cairan : tidak
- Udara : ya
- Massa : tidak
- Auskultasi :
  - Inspeksi : normal
  - Ekspirasi : normal
- Ronchi : tidak
- Wheezing : tidak
- Krepitasi : tidak
- Rales : tidak
- Clubbing finger : normal

#### 5. Sistem pencernaan :

- a). Keluhan : tidak ada keluhan

b). Inspeksi :

- Turgor kulit : jelek
- Keadaan bibir : kering/pucat
- Keadaan rongga mulut :
  - Warna mukosa : pucat dan kering
  - Luka/perdarahan : tidak
  - Tanda-tanda radang : tidak
  - Keadaan gusi : normal
- Keadaan abdomen :
  - Warna kulit : kehitaman, kering dan keriput
  - Luka : tidak
  - Pembesaran : normal
- Keadaan Rektal
  - Luka : tidak
  - Perdarahan : tidak
  - Haemmoroid : tidak
  - Lecet/tumor/bengkak : tidak

c). Auskultasi :

Bising usus/Peristaltik : 20x/menit

d). Perkusi : Cairan : normal

Udara : normal

Mass : normal

e). Palpasi :

Tonus otot : normal

Nyeri : normal

Massa : normal

6. Sistem persarafan :

a). Keluhan : tidak ada keluhan

b). Tingkat kesadaran : composmentis, GCS (E/M/V) : 4/5/6

c). Pupil : isokor

d). Kejang : normal

- e). Jenis kelumpuhan : tidak
- f). Parasthesia : tidak
- g). Koordinasi gerak : normal
- h). Carnial nerves : normal
- i). Reflexes : normal

#### 7. Sistem Musculoskeletal

- a). Keluhan : tidak ada
- b). Kelainan ekstermitas : tidak ada
- c). Nyeri otot : tidak ada
- d). Nyeri sendi : tidak ada
- e). Refleksi sendi : normal
- f). Kekuatan otot : normal

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
|  |  | 5 | 5 |
|  |  | 5 | 5 |

#### 8. Sistem Integumentari

- a). Rash : tidak ada
- b). Lesi : tidak ada
- c). Turgor : jelek, kering dsn keriput , warna : sawo matang
- d). Kelembaban : abnormal : kering
- e). Petechie : tidak ada
- f). Lain-lain : -

#### 9. Sistem Perkemihan

- a). Gangguan : tidak ada
- b). Alat bantu : tidak ada
- c). Kandung kencing :
  - Besar : tidak
  - Nyeri tekan : tidak
- d). Produksi urine : 1600cc/ hari
- e). Intake cairan : oral 100 cc/hari, parenteral : 500cc/24 jam
- f). Bentuk alat kelamin : normal
- g). Uretra : normal



#### 10. Sistem Endokrin

- a). Keluhan : tidak ada
- b). Pembesaran kelenjar : tidak ada
- c). Lain-lain :

#### 11. Sistem Reproduksi

- a). Keluhan : tidak ada
- b). Pembesaran prostat : tidak ada
- c). Lain-lain : tidak ada

#### 12. Pola Kegiatan sehari-hari

##### a. Nutrisi :

##### 1). Kebiasaan :

- a). Pola makan : teratur
- b). Frekwensi makan : 3 kali sehari
- c). Napsu makan menurun saat sakit, porsi makan yang dihabiskan setengah piring sendok tiap makan.
- d). Makanan pantangan : tidak ada
- e). Makanan yang disukai : semua makanan
- f). Banyaknya minuman dalam sehari saat sehat:  $\pm 8$  gelas (1 ceret)  $\pm 1.600$ cc
- g). Jenis minuman dan makanan yang tidak disukai : alkohol
- h). BB awal : 47 kg, BB saat sakit : 46 kg, TB : 169 cm, LILA : 20 cm

$$\text{BBI: } (169-100)-10\%(169-100)= 62,1\text{kg}$$

- i). Kenaikan/penurunan BB : penurunan BB 1 kg

##### 2). Perubahan selama sakit : napsu makan berkurang, BB menurun.

##### b. Eliminasi

##### 1). Buang Air Kecil (BAK)

- Kebiasaan :

Frekwensi dalam sehari 3-4 x/hari, warna kuning

Bau : khas

- Perubahan selama sakit : tidak ada

## 2). Buang Air Besar (BAB)

- Kebiasaan : teratur, frekwensi 1-2 x/hari  
Warna kuning, bau busuk  
Konsistensi lembek dan ada darah.
- Perubahan selama sakit : tidak bisa BAB / konstipasi ( BAB 3 hari sekali), feses keras dan sedikit. Perubahan pola BAB dan frekuensi BAB.

## 3). Olahraga dan Aktivitas

- Kegiatan olahraga yang disukai tidak ada
- Olahraga yang dilaksanakan secara teratur yakni jalan-jalan.

## 4). Istirahat dan tidur

- Tidur malam jam 21.00  
Bangun pagi jam 05.00
- Tidak tidur siang
- Tidak ada gangguan pada pola tidur

### Pola interaksi sosial

1. Istri merupakan orang yang terdekat
2. Mengikuti organisasi gereja
3. Keadaan rumah dan lingkungan :

Status rumah : miliki sendiri, rumah cukup untuk 5 orang anggota keluarga, keadaan rumah tidak bising, dan tidak banjir.

4. Semua masalah dibicara dengan anggota keluarga (istri dan anak-anak)
5. Musyawarah dalam mengatasi masalah
6. Anggota keluarga saling berinteraksi dengan baik

### Kegiatan keagamaan / spiritual

Taat menjalankan ibadah dan selalu mengikuti kegiatan organisasi gereja.

### Keadaan psikologis selamam sakit

- Klien belum menerima sakit yang diderita
- Klien ingin cepat bisa sembuh
- Komunkasi dan interaksi dengan tenaga kesehatan baik

## Data Laboratorium dan Diagnostik

### a. Pemeriksaan darah

| No | Jenis            | Nilai Normal | Hasil Pemeriksaan |            |            |            |           |
|----|------------------|--------------|-------------------|------------|------------|------------|-----------|
|    |                  |              | Tanggal           |            |            |            |           |
|    | Pemeriksaan      |              | 23/5/19           | 24/5/19    | 25/5/19    | 26/5/19    | 27/5/19   |
| 1  | HB               | 13,0–18,0    | <b>6,9</b>        | <b>7,7</b> | <b>8,7</b> | <b>9,9</b> | <b>11</b> |
| 2  | Jumlah eritrosit | 4,50-6,20    | <b>7,1</b>        | <b>7,1</b> | <b>6,8</b> |            | 3,30      |
| 3  | Hematokrit       | 40,0-54,0    |                   |            |            |            | 23,2      |
| 4  | MCV              | 81,0-96,0    | 1.220             | 1.350      | 13.20      |            | 70,3      |
| 5  | MCH              | 27,0-36,0    | 2,2               | 2,5        | 2,4        |            | 25,8      |
| 6  | Jumlah leukosit  | 4,0-10,0     |                   |            |            |            | 8,67      |
| 7  | Neutrofil        | 50-70        |                   |            |            |            | 88,1      |
| 8  | Limfosit         | 20-40        | 12,2              |            |            |            | 2,4       |
| 9  | Monosit          | 2-8          |                   |            |            |            | 9,1       |
| 10 | Jumlah neutrofil | 1,50-7,00    |                   |            |            |            | 7,63      |
| 11 | Jumlah limfosit  | 1,00-3,70    |                   |            |            |            | 0,21      |
| 12 | Jumlah monosit   | 0,00-0,70    |                   |            |            |            | 0,79      |
| 13 | Jumlah trombosit | 150-400      |                   |            |            |            | 70        |
| 14 | PCT              | 0,17-0,35    |                   |            |            |            | 0         |
| 15 | Albumin          | 3,5-5,2      |                   |            |            |            | 3,4       |
| 16 | Kalium darah     | 11,0-17,0    | <b>7,1</b>        | <b>6,8</b> | <b>3,3</b> |            | 2,7       |
| 17 | HGB              | 11,0-17,0    | 8,2               |            |            |            |           |
| 18 | RBC              | 4,0-5,5      | 3,03              |            |            |            |           |
| 19 | HCT              | 40-54        | 25,1              |            |            |            |           |
| 21 | PLI              | 180-300      | 133,2             |            |            |            |           |
| 22 | Ureum            | 16,8-43,4    | 565,4             |            |            |            |           |
| 23 | Kreatinin        | 0,81-1,44    | 11,33             |            |            |            | 10,08     |
| 24 | Natrium darah    | 132-147      | 125               | 128        | 134        |            | 132       |
| 25 | Clorida darah    | 96-111       | 121               | 108        |            |            | 116       |
| 26 | Calsium ion      | 1,120-1,320  | 1,220             | 1,320      | 1,700      |            | 1,200     |
| 27 | Total calsium    | 2,2-2,55     | 2,2               | 2,4        | 3,4        |            | 2,5       |
| 28 | GDS              | 80-110       |                   |            |            | 138        |           |
| 29 | BUN              | <48          |                   |            |            |            | 125,0     |
| 30 | Asam urat        | 1,9-7,9      |                   |            |            |            | 5,8       |

b. Pemeriksaan faeces

| No | Jenis Pemeriksaan | Nilai Normal | Hasil Pemeriksaan |  |  |  |  |
|----|-------------------|--------------|-------------------|--|--|--|--|
|    |                   |              | Tanggal           |  |  |  |  |
|    |                   |              |                   |  |  |  |  |
|    |                   |              |                   |  |  |  |  |
|    |                   |              |                   |  |  |  |  |

c. Pemeriksaan urine

| No | Jenis Pemeriksaan | Nilai Normal | Hasil Pemeriksaan |  |  |  |  |
|----|-------------------|--------------|-------------------|--|--|--|--|
|    |                   |              | Tanggal           |  |  |  |  |
|    |                   |              |                   |  |  |  |  |
|    |                   |              |                   |  |  |  |  |
|    |                   |              |                   |  |  |  |  |
|    |                   |              |                   |  |  |  |  |
|    |                   |              |                   |  |  |  |  |
|    |                   |              |                   |  |  |  |  |

Diagnostik test tidak dilakukan pemeriksaan

Penatalaksanaan / pengobatan :

- Obat

AVFD 2 x 40mg

IVFD : NaCL 0,9%, 500 cc/24 jam

Omeprazole 2 x 40 mg

Metoclopramid 3 x 10 mg

1. ANALISA DATA

| NO | ANALISA DATA  | MASALAH/<br>PROBLEM                           | ETIOLOGI   |
|----|---|---|--|
| 1  | <p>S:</p> <p>Pasien mengatakan pusing, lemah, letih, lesuh</p> <p>O:</p> <p>KU : Pasien tampak lemah, konjungtiva anemis, telapak tangan pucat,</p> | <p>perfusi jaringan perifer tidak efektif</p> | <p>perubahan ikatan o<sub>2</sub> dengan Hb, penurunan konsentrasi Hb dalam darah.</p> |

|   |   |                       |   |
|---|---|-----------------------|---|
|   | CRT lebih dari 3 detik<br>HB: 6,9 g/dl  |                       |   |
| 2 | <p>S:</p> <p>Pasien mengatakan pusing saat beraktivitas</p> <p>O:</p> <p>Pasien tampak terbaring lemas ditempat tidur, semua aktifitas seperti ( Personal Hygiene) dibantu oleh keluarga dan perawat.</p> | intoleransi aktifitas | ketidak seimbangan suplai dan kebutuhan oksigen |

## 2. DIAGNOSA

- Perfusi jaringan perifer tidak efektif berhubungan dengan perubahan ikatan O<sub>2</sub> dengan HB, penurunan konsentrasi HB dalam darah.
- Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidak seimbangan suplai dan kebutuhan oksigen

## 3. INTERVENSI

| NO | DIAGNOSA   | GOAL DAN OBJEKTIF   | INTERVENSI  |
|----|--|---|---|
| 1  | Perfusi jaringan perifer tidak efektif berhubungan dengan perubahan ikatan O <sub>2</sub> dengan HB, penurunan konsentrasi HB dalam darah. | <p>Goal: Pasien akan mempertahankan perfusi jaringan adekuat</p> <p>Objektif:</p> <p>Outcomes: dalam waktu 3x24 jam selama perawatan pasien akan menunjukkan:</p> <p>NOC:</p> | <p><b>Perawatan</b></p> <p><b>Sirkulasi :</b></p> <p>Arterial insufisiensi :</p> <p>Lakukan penilaian secara komprehensif fungsi sirkulasi perifer (cek nadi perifer, odema kapiler refil</p> |

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  |  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membran mukosa merah</li> <li>2. Konjungtiva tidak anemis</li> <li>3. Akral hangat</li> <li>4. TTV dalam batas normal</li> </ol> | <p>temperatur ekstremitas).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor Tanda-Tanda Vital</li> <li>2. Evaluasi nadi</li> <li>3. Inspeksi dan palpasi anggota badan</li> <li>4. Kaji nyeri</li> <li>5. Atur posisi pasien, ekstremitas bawah lebih rendah untuk memperbaiki sirkulasi</li> <li>6. Monitor status cairan intake dan output</li> <li>7. Berikan makanan yang adekuat untuk menjaga viskositas darah</li> </ol> |
|--|--|--|---|

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| 2 | Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai O <sub>2</sub> dan kebutuhan oksigen | <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam klien dapat menunjukan</p> <p><b>Toleransi terhadap aktifitas</b> dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mampu aktifitas minimal</li> <li>2. Kemampuan aktivitas meningkat secara bertahap</li> <li>3. tidak ada keluhan sesak nafas dan setelah beraktivitas</li> </ol> | <p><b>Terapi aktivitas :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. kaji kemampuan pasien melakukan aktivitas</li> <li>2. Jelaskan pada pasien manfaat aktivitas bertahap</li> <li>3. Evaluasi dan motivasi keinginan pasien untuk meningkatkan aktivitas</li> <li>4. Tetap sertakan oksigen saat beraktivitas</li> </ol> <p><b>Energi</b></p> <p><b>Management :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rencanakan aktivitas saat mempunyai energi cukup untuk melakukannya</li> <li>2. Bantu klien untuk istirahat setelah aktivitas</li> </ol> <p><b>Management</b></p> <p><b>Nutrisi:</b></p> <p>Monitor intake nutrisi untuk memastikan kecukupan energi</p> |
|---|--|--|---|

#### 4.IMPLEMENTASI

| NO | DIAGNOSA   | WAKTU            | IMPLEMENTASI   | EVALUASI  |
|----|--|------------------|--|---|
| 1  | Perfusi jaringan perifer tidak efektif berhubungan dengan perubahan ikatan O2 dengan HB, penurunan konsentrasi HB dalam darah. | 25/5/19<br>08.00 | Monitor Tanda-tanda vital  | S : Pasien mengatakan masih pusing dan masih lemah<br>O: Pasien tampak lemah dan terbaring lemah ditempat tidur TTV :<br>TD : 150/90 mmHg, S: 36,5 <sup>0</sup> C, N : 86x/m, RR: 23x/m HB 8,7 g/dl<br>A: Masalah belum teratasi<br>P: Intervensi dilanjutkan |
|    |  | 08.30            | Evaluasi nadi, mengatur posisi tidur ekstremitas bawah lebih rendah. |   |
|    |  | 12.05            | Melakukan tranfusi satu bag darah                                    |   |
|    |  |                  |  |   |
| 2  | Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai O2 dan kebutuhan oksigen                                     | 25/5/19<br>09.00 | Kaji kemampuan melakukan aktivitas                                   | S : Pasien mengatakan belum bisa beraktivitas<br>O: Pasien tampak lemah dan hanya tertidur lemas ditempat tidur<br>A: Masalah belum teratasi<br>P: intervensi dilanjutkan   |
|    |  | 10.05            | Jelaskan pada pasien pentingnya melakukan aktivitas secara bertahap  |   |
|    |  | 11.00            | Bantu pasien untuk beristirahat setelah beraktivitas                 |   |



|   |  |         |  |   |
|---|--|---------|--|---|
| 1 | Perfusi jaringan perifer tidak efektif berhubungan dengan perubahan ikatan O <sub>2</sub> dengan HB, penurunan konsentrasi HB dalam darah. | 26/5/19 | 1. Monitor Tanda-Tanda Vital<br>2. Mengevaluasi nadi, dan mengubah posisi tidur ektermitas bawah lebih rendah<br>3. Melakukan tranfusi 1 bag darah<br>4. Memberikan penyuluhan tentang makanan yang menaikkan HB | S: Pasien mengatakan pusing sudah berkurang,<br>O: Pasien Pasien tampak lemah,<br>TD: 150/90 mmhg, S/N: 36,4/72X/menit dan RR: 20X/menit, HB 9,9<br>A: Intoleransi aktifitas belum teratasi.<br>P: Intervensi dilanjutkan |
| 2 | Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai O <sub>2</sub> dan kebutuhan oksigen                                     | 26/5/19 | 1. Kaji kemampuan melakukan aktivitas<br>2. Jelaskan pada pasien pentingnya melakukan aktivitas secara bertahap<br>3. Bantu pasien beristirahat setelah beraktivitas   | S : Pasien mengatakan belum bisa beraktivitas<br>O: Pasien tampak lemas dan hanya tertidur lemas ditempat tidur<br>A: Masalah belum teratasi<br>P: intervensi dilanjutkan   |
| 1 | Perfusi jaringan perifer tidak efektif berhubungan dengan perubahan ikatan O <sub>2</sub> dengan HB, penurunan konsentrasi HB dalam darah. | 27/5/19 | 1 Monitor Tanda-Tanda Vital<br>2 Mengevaluasi nadi, dan mengubah posisi tidur ektermitas bawah lebih rendah<br>3 Melakukan tranfusi 1 bag darah  | S : Pasien mengatakan sudah tidak pusing dan tidak lemah<br>O :Pasien tampak lemah dan terbaring lemah ditempat tidur TTV :   |

|   |  |         |   |   |
|---|--|---------|---|---|
| 2 | Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai O <sub>2</sub> dan kebutuhan oksigen | 27/5/19 | <p>4 Memberikan penyuluhan tentang makanan yang menaikkan HB, dan</p> <p>1. Kaji kemampuan melakukan aktivitas</p> <p>2. Jelaskan pada pasien pentingnya melakukan aktivitas secara bertahap</p> <p>3. Bantu pasien beristirahat setelah beraktivitas</p> | <p>TD : 140/90 mmHg, S: 36,4<sup>0</sup>C, N : 80x/m, RR: 20x/m HB 11</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p> <p>S : Pasien mengatakan bisa beraktivitas</p> <p>O : Pasien melakukan aktivitas tanpa bantuan keluarga dan perawat</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p> |
|---|--|---------|---|---|

Lampiran 1



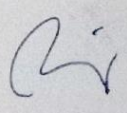
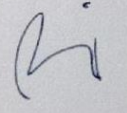
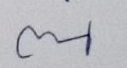
**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
PRODI D-III KEPERAWATAN**

Direktorat: Jl. Piet A Tallo Liliba-Kupang, Telp (0380) 881880; 880880  
Fax (0380) 85534188; email: [poltekkeskupang@yahoo.com](mailto:poltekkeskupang@yahoo.com)



**PROSES BIMBINGAN LAPORAN STUDI KASUS**

Nama mahasiswa : Vendi Leonardy Siki  
NIM : PO.530320116329  
Nama pembimbing : Ns. Emilia Erningwati Akoit, S. Kep, M.Kep  
NIP : 198106302005012001  
Judul studi kasus : "Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Komprehensif Pada Tn. E. K. Dengan Anemia di Ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang"

| NO | HARI/TANGGAL       | REKOMENDASI PEMBIMBING       | PARAF<br>PEMBIMBING   |
|----|--------------------|------------------------------|---|
| 1. | Sabtu 01-06-2019   | Konsultasi bab 1 dan bab 2   |  |
| 2. | Minggu, 03-06-2019 | Revisi bab 1 dan bab 2       |  |
| 3. | Rabu, 12-06-2019   | Konsultasi bab 1, 2, 3 dan 4 |  |

|    |                    |   |     |
|----|--------------------|---|-----|
| 4. | Jumat 14-06-2019   | Konsultasi revisi bab 1, 2, 3 dan 4             | Chi |
| 5. | Selasa, 18-06-2019 | Konsultasi bab 3 dan 4                          | Chi |
| 6. | Kamis, 20-06-2019  | Konsul terakhir dan masukan lain-lain           | Chi |
| 7. | Jumat, 21-06-2019  | Revisi konsul terakhir, Penutup, Daftar pustaka | Chi |
|    |                    |   |     |